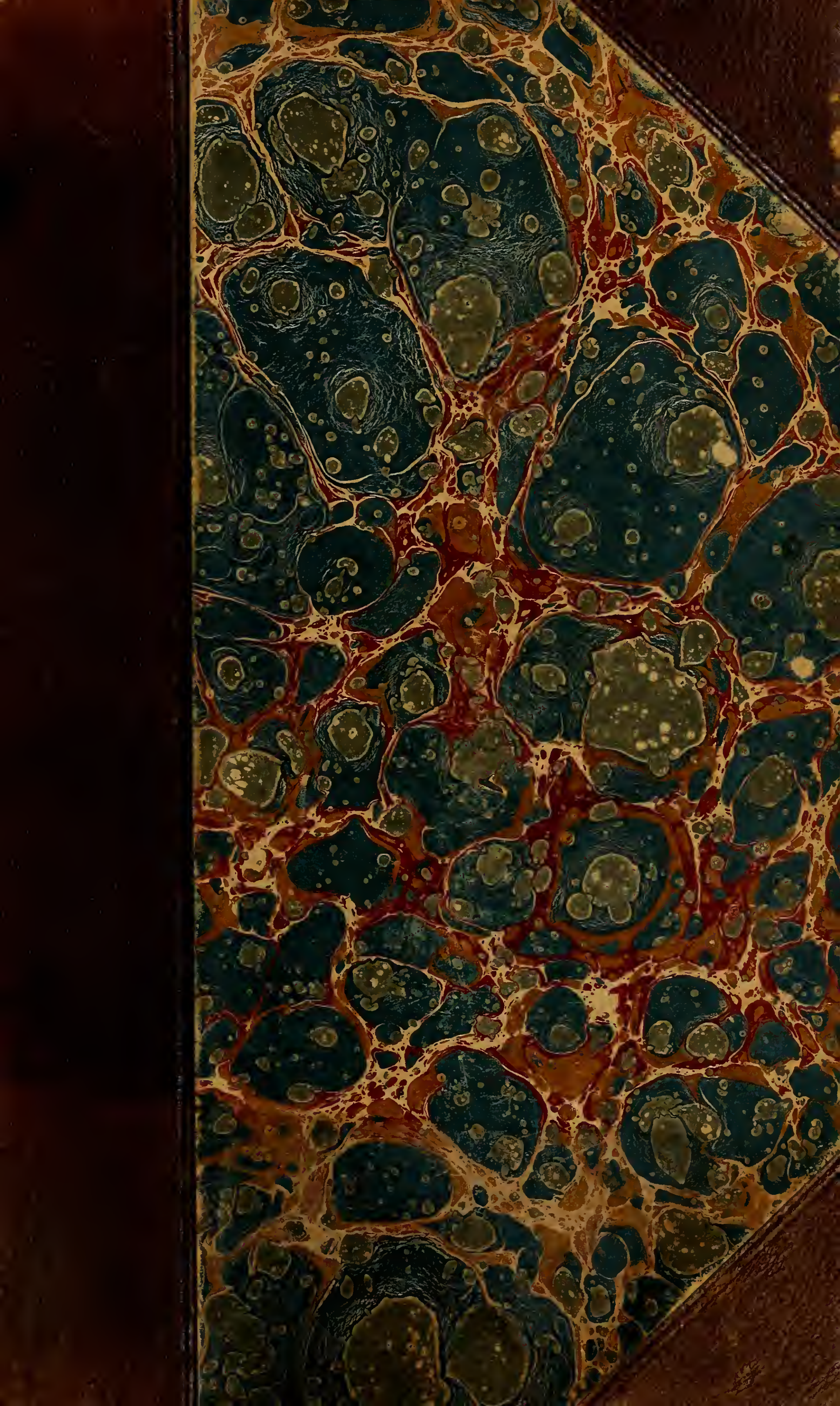


19
E
99

Henry R. Stedman.

ENCYCLOPÉDIE SCIENTIFIQUE

DES

AIDE-MÉMOIRE

PUBLIÉE

SOUS LA DIRECTION DE M. LÉAUTÉ, MEMBRE DE L'INSTITUT

Ce volume est une publication de l'Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire ; F. Lafargue, ancien élève de l'École Polytechnique, Secrétaire général, 46, rue Jouffroy (boulevard Malesherbes), Paris.

N° 91 A

ENCYCLOPÉDIE SCIENTIFIQUE DES AIDE-MÉMOIRE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION

DE M. LÉAUTÉ, MEMBRE DE L'INSTITUT.

LA PARALYSIE GÉNÉRALE

PAR

V. MAGNAN
Médecin de l'Asile
Sainte-Anne
Membre de l'Académie
de Médecine

PAUL SÉRIEUX
Médecin-adjoint à l'Asile
de Villejuif
Membre de la Société
Médico-psychologique

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR,
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
Boulevard Saint-Germain, 120

GAUTHIER-VILLARS ET FILS,
IMPRIMEURS-ÉDITEURS
Quai des Grands-Augustins, 55

(Tous droits réservés)

Digitized by the Internet Archive
in 2010 with funding from
University of Ottawa

http://www.archive.org/details/laparalysiegn00magn

INTRODUCTION

—

La paralysie générale est une affection chronique des centres nerveux, à marche progressive, à terminaison habituellement mortelle, due à des lésions inflammatoires diffuses de tout l'axe cérébro-spinal, et caractérisée essentiellement par la réunion constante de deux ordres de symptômes, les uns psychiques, les autres physiques. Au point de vue psychique, il s'agit d'un affaiblissement généralisé et progressif des facultés mentales aboutissant à la démence. Au point de vue physique, ce sont surtout des phénomènes d'incoordination motrice se terminant par une paralysie généralisée. La dénomination donnée souvent à la maladie de *démence paralytique* a l'avantage d'en rappeler les deux signes caractéristiques. Ces *symptômes essentiels* d'affaiblissement psychique et d'incoordination

motrice sont les éléments nécessaires et suffisants de la paralysie générale ; mais dans un grand nombre de cas, d'autres manifestations interviennent : ce sont les *symptômes accessoires;* parmi les plus importants sont les états délirants. Ces troubles épisodiques, quelque bruyants qu'ils soient (délires de grandeurs, hypocondriaque, mélancolique, de persécution, mystique, etc.) ne doivent pas faire perdre de vue l'affaiblissement psychique primordial grâce auquel ils ont pu se développer et dont ils conservent la marque. Considérée au point de vue anatomique, la paralysie générale présente des lésions constantes, portant sur le tissu interstitiel et les vaisseaux des centres nerveux (*encéphalite chronique interstitielle diffuse*), et frappant secondairement les fibres et les cellules nerveuses.

Entrevue par Willis (1681), Haslam (1798) et les aliénistes français du commencement de ce siècle, Esquirol, Royer-Collard, Georget (1814-1820), considérée par ces derniers comme une complication de la folie, la paralysie générale n'a été nettement isolée et décrite comme une entité morbide ayant ses symptômes, son évolution et ses altérations organiques propres, qu'une vingtaine d'années après. C'est à un mé-

decin français, c'est à Bayle (*Sur l'arachnitis chronique*. Thèse de Paris, 1822), que revient la gloire de cette découverte dont on peut dire avec Baillarger qu'elle constitue le plus grand progrès que l'on ait à signaler dans l'histoire des maladies mentales. En 1826, Bayle (*Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*), et Calmeil (*De la paralysie considérée chez les aliénés*) donnèrent tous deux de la paralysie générale une très fidèle description. Depuis cette époque les recherches se sont multipliées d'abord en France, puis à l'étranger : nous n'avons pas ici le loisir de poursuivre cet historique que nous ne pourrions faire complet sans dépasser de beaucoup le cadre de notre travail. Ces études multiples ont fait de la paralysie générale une entité clinique des mieux définies, dont les grandes lignes ne paraissent pas devoir être modifiées d'une façon sensible, malgré les quelques points obscurs qui subsistent encore.

Il est presque superflu d'insister sur l'importance capitale de l'étude de cette affection, la plus grave, la plus commune des maladies mentales. Il n'est pas de médecin qui ne puisse, à un moment donné, être appelé à intervenir dans un cas de ce genre ; la paralysie générale est, en effet, autant du domaine de la pathologie or-

dinaire que de la psychiatrie. Nous verrons combien il importe de ne point méconnaître l'affection à son début et quelles conséquences déplorables les erreurs de ce genre peuvent entraîner aux divers points de vue de la thérapeutique, du pronostic et de la médecine légale. D'autre part, la connaissance approfondie de la démence paralytique est indispensable pour l'étude des autres formes de la folie, et l'on est arrêté à chaque pas dans la clinique mentale, si l'on n'est pas familiarisé avec les signes essentiels de la paralysie générale. Celle-ci, en effet, parfois protéiforme, peut se présenter sous les dehors des *vésanies* simples, c'est-à-dire des psychoses fonctionnelles, indépendantes de lésions organiques.

CHAPITRE PREMIER

—

SYMPTOMES ESSENTIELS : LA DÉMENCE PARALYTIQUE

Sommaire. *Tableau d'ensemble de la maladie.* — Deux ordres de symptômes : *symptômes essentiels* (affaiblissement psychique, troubles physiques) ; *symptômes accessoires* (états délirants).

I. *Début* : Affaiblissement psychique *généralisé et progressif.* Amnésie généralisée. Diminution de l'attention, de l'intelligence, du jugement, de la volonté. Crédulité. — Modification du caractère, des goûts ; émotivité, attendrissement, irascibilité. Dépenses et actes extravagants. — Perte des sentiments moraux. — Actes indélicats, délictueux, obscènes. — Transformation de la personnalité.

II. *Période d'état* : Marche progressive de la démence. Amnésie profonde. Contradictions incessantes. Incohérences. — Vagabondage. — Actes absurdes. — Attitude caractéristique. Insouciance. Satisfaction. — Inconscience complète.

III. *Période terminale* : Perte des notions de temps, de lieu. Ruine complète de l'intelligence. — Vie végétative. — Isolement absolu du monde extérieur. Mort.

Avant d'aborder la description détaillée de la maladie, nous en esquisserons brièvement les traits principaux. La paralysie générale se développe d'ordinaire à l'âge adulte, souvent chez des sujets n'ayant point, jusqu'alors, présenté de manifestations maladives psychiques. Le début en est insidieux, la marche progressive, la terminaison fatale. Après une longue période prodromique caractérisée par la prédominance de symptômes relevant, tantôt du cerveau (troubles psychiques et moteurs), tantôt de la moelle (myélites diffuses ou systématiques), tantôt des nerfs (névralgies, paralysies oculaires, etc.), la maladie apparaît constituée par l'association d'un état d'*affaiblissement psychique généralisé* à une *incoordination motrice* également *généralisée*. Ce sont, d'une part, des anomalies du caractère, des lacunes de la mémoire, une diminution de l'intelligence et du jugement, de l'autre, de l'hésitation de la parole, des troubles pupillaires, de la maladresse dans les mouvements appris par l'éducation. Les symptômes psychiques et somatiques vont augmentant d'intensité : le malade

en arrive à ignorer son âge, son domicile ; il se contredit sans cesse, commet des actes absurdes ou délictueux : l'activité est tout instinctive ; les sentiments de dignité personnelle et de moralité s'effacent. C'est une métamorphose complète de la personnalité ; et le paralytique n'en a aucunement conscience.

Parmi les symptômes somatiques dus aux lésions des nerfs, de la moelle, du cerveau, les troubles moteurs sont les plus importants. L'incoordination motrice porte à la fois sur la démarche, la parole et l'écriture ; les mains, les lèvres et la langue sont tremblantes, les pupilles inertes et inégales. Simultanément existent des troubles de la sensibilité, des troubles vaso-moteurs, trophiques, sécrétoires, des symptômes d'origine médullaire et nerveuse.

Des manifestations secondaires (délires, attaques épileptiformes et apoplectiformes) se surajoutent souvent aux symptômes essentiels : démence et paralysie. Les phénomènes délirants ont un cachet spécial d'absurdité qu'ils doivent à l'état d'affaiblissement intellectuel des sujets : les plus fréquents sont les accès d'*excitation maniaque* avec *délire de grandeurs*, et les *états mélancoliques* avec *idées hypocondriaques* :

mais d'autres formes délirantes peuvent être observées. Parfois des rémissions se produisent par suite de la disparition de ces troubles délirants, tandis que les symptômes de la démence paralytique persistent ou, dans certains cas, s'atténuent. A la période terminale, la démence est complète : le paralytique n'a plus aucune notion de temps ni de lieu ; il est isolé du monde extérieur. Sa vie est toute végétative. La marche devient impossible (incoordination et parésie musculaires) ; les sphincters se paralysent (période de gâtisme). Le patient, forcé de garder le lit, s'éteint dans un état de profond marasme, habituellement avant la cinquième ou la sixième année ; il n'est pas rare de le voir emporté plus tôt par une attaque épileptiforme ou une pneumonie.

L'évolution progressive des symptômes s'explique par la marche envahissante de la lésion : d'abord localisée à la région frontale, l'encéphalite interstitielle se propage ensuite d'avant en arrière pour se généraliser enfin au cerveau tout entier. Les données actuelles de la physiologie permettent d'interpréter l'aspect de la maladie à ses différentes périodes, ces dernières étant en relation avec la généralisation plus ou moins étendue de la lésion anatomique.

La région antérieure du lobe frontal, siège des processus psychiques les plus élevés, est touchée la première : la vulnérabilité des éléments nerveux qui la composent est considérable et les moindres troubles vasculaires ou nutritifs suffisent à entraver leur fonctionnement. Les multiples associations d'images mentales qui constituent toute la vie psychique sont compromises, en raison même de leur complexité. Il en résulte une diminution de l'énergie intellectuelle, un état d'affaiblissement psychique intéressant les modes les plus perfectionnés de l'activité de l'écorce et respectant les manifestations cérébrales moins complexes, plus solidement organisées. Ces symptômes s'accusent davantage à mesure que s'accentue la lésion. Les éléments nerveux perdent leur aptitude à conserver les impressions ; la reviviscence des états de conscience antérieurs fait défaut. Les centres sensitifs et sensoriels, où sont déposées les images qui stimulent les appétits et les besoins instinctifs, sont privés du contre-poids habituel : l'absence du contrôle de la région frontale fait du paralytique un être dénué non seulement de mémoire et de réflexion, mais aussi de moralité et de volonté. Laissant de côté les principes qui l'avaient jusqu'alors guidé, le sujet obéit sans

résistance à ses instincts et commet des actes insolites, indélicats, immoraux.

Plus tard, l'encéphalite interstitielle, tout en continuant son œuvre destructrice au niveau de la région antérieure du cerveau, gagne les autres territoires corticaux. Elle détermine un état d'irritation des centres sensitifs et sensoriels dont les images prennent une intensité pathologique ; d'autre part, la région frontale étant plus que jamais incapable de réfréner les tendances instinctives, celles-ci s'émancipent. C'est alors qu'éclatent, sans rien qui les modère, les manifestations brutales et réflexes des instincts surexcités ; c'est la période des impulsions violentes, des délits ou des crimes, actes qui dénotent tous, non seulement une excitation morbide des appétits, mais encore un état de démence. La personnalité est totalement transformée. Ajoutons qu'au point de vue des troubles de la motilité on voit, parallèlement, se détruire les associations établies entre les divers centres sensitivo-moteurs, d'où l'absence de coordination motrice, la maladresse.

Avec les progrès de la lésion, le lobe frontal peut être considéré comme détruit : la démence est complète ; rien ne subsiste chez le paralytique de ses acquisitions antérieures. Tout entier

à la sensation de l'heure présente qui n'évoque plus comme à l'état normal une foule d'images associées, le malade n'a aucun souvenir du passé, aucun souci de l'avenir : son activité est purement automatique.

A la période ultime, la lésion, généralisée, a aboli le fonctionnement de tous les territoires du cerveau. Sensibilité, mouvements volontaires, états psychiques conscients, toutes les manifestations de l'activité de l'écorce sont anéanties : c'est une dissolution complète de l'individualité psychique. Seules survivent les fonctions des ganglions centraux, du bulbe, de la moelle : le paralytique, limité à la vie végétative, réduit aux réflexes bulbaires et médullaires, est alors presque comparable à un anencéphale.

Nous décrirons d'abord la paralysie générale à l'état de simplicité, la *démence paralytique*, réduite à ses symptômes essentiels, dégagée des symptômes accessoires (délires) qui peuvent faire défaut sans que rien manque au tableau caractéristique de l'affection. C'est l'étude de cette forme simple, moins rare d'ailleurs qu'on ne l'a dit, qui doit servir de guide, si l'on veut avoir une idée exacte de l'essence même de la

maladie. Les états délirants qui surviennent au début ou dans le cours de la démence paralytique sont de véritables psychoses greffées sur l'état d'affaiblissement intellectuel ; indépendantes de l'encéphalite interstitielle, elles peuvent manquer, elles peuvent aussi guérir malgré les progrès de la lésion. Sans doute, ces symptômes accessoires ont leur valeur, mais ils n'empruntent leurs caractères spéciaux qu'à ce fonds de démence qui constitue le substratum même de la paralysie générale et auquel en fin de compte nous serons toujours ramenés.

Il existe deux groupes de symptômes essentiels : 1° les *symptômes psychiques* caractérisés par un affaiblissement psychique généralisé et progressif (démence) ; 2° les *symptômes physiques* (troubles moteurs, sensitifs, vaso-moteurs, trophiques).

I. Début. — Les troubles psychiques présentent un ensemble de caractères sur lesquels on ne saurait trop insister ; ils sont généralisés et progressifs. Ce qui constitue la marque distinctive de l'affection c'est, dès le début, une déchéance généralisée de tout l'être sentant, pensant et voulant. A la période prodromique ce ne sont que des nuances auxquelles dans l'en-

tourage du malade on attache peu d'importance, mais qui doivent donner l'éveil au médecin. Tantôt c'est une activité désordonnée cachant sous des apparences trompeuses une stérilité réelle, tantôt une torpeur portant sur toutes les opérations intellectuelles ; le moindre travail de tête devient promptement fatigant, les conceptions sont plus lentes ; le sujet, par moments somnolent, est incapable d'un effort soutenu. Cette *fatigue de l'attention*, cet épuisement cérébral rapide apparaissent d'autant plus évidents que les nécessités de la profession du sujet exigent plus d'application intellectuelle (carrières libérales) ; de même que les troubles moteurs sont surtout perceptibles chez les individus dont le métier demande une certaine habileté manuelle.

Les *troubles de la mémoire* sont souvent les premiers indices. Quelquefois ce ne sont que des détails d'apparence banale, des objets égarés, des dates erronées, des indications inexactes, des affaires importantes négligées par oubli. La faculté d'enregistrer de nouveaux états de conscience disparaît la première : la mémoire des faits récents devient défectueuse ; le sujet oublie ce qu'il a fait la veille, qui il a vu dans la matinée ; plus tard, les souvenirs anciens, profondé-

ment enregistrés de longue date, avant le début de la lésion, s'effacent à leur tour. Les écrits des malades fournissent parfois des indications utiles : on remarque des syllabes et des mots omis ou répétés, des fautes d'orthographe inusitées. La répétition insolite de ces faits et surtout le contraste qu'ils établissent avec les habitudes antérieures, ont une signification importante : ils indiquent une atteinte de la sphère intellectuelle, une amnésie morbide, et non un accident passager. A cette période de l'affection, le paralytique s'inquiète parfois de son état mental et devient triste ; certains se plaignent de perdre la mémoire, de « n'avoir plus leurs idées », d' « avoir le cerveau paralysé » ; et l'on serait parfois tenté, à un examen superficiel, de penser à des troubles neurasthéniques. Le plus habituellement, les sujets ne s'aperçoivent pas de ces modifications psychiques et restent même indifférents quand on les leur fait remarquer.

Les troubles de la mémoire vont sans cesse en s'accentuant : le paralytique sort de chez lui et il n'est pas dans la rue qu'il a oublié où il voulait se rendre ; un homme bien élevé oublie de se découvrir en entrant dans un salon ; la couturière devient malhabile dans ses travaux habi-

tuels et perd sa clientèle ; le comptable fait des erreurs grossières, oublie de fermer son coffre-fort ; la ménagère égare partout son porte-monnaie, néglige de prendre l'argent qu'on lui rend, le négociant détruit des pièces importantes, ne surveille plus ses intérêts, entreprend maladroitement des affaires destinées à échouer.

Comme la mémoire et l'attention, l'intelligence et le jugement ont baissé, les facultés d'*observation*, de *réflexion* et de *critique* perdent de leur énergie : le malade apprécie mal les faits qui se passent autour de lui. Il ne se préoccupe nullement des contradictions de son langage et de sa conduite ; il ne comprend aucun raisonnement. L'imagination est appauvrie, mais le sujet, par suite du manque de contrôle intellectuel, ne sait plus distinguer le réel de l'imaginaire ; il confond les personnes entre elles (illusions), tutoie des inconnus qu'il prend pour ses parents ; il annonce avec conviction les nouvelles les plus mensongères ; il croit se souvenir d'événements fantaisistes qu'il invente de toutes pièces avec un certain luxe de détails, mais il ne subordonne pas sa conduite à ces faits fictifs.

Les conceptions sont puériles, sans consis-

tance ; chaque pensée erre à l'aventure ; la faculté d'*association des idées* est diminuée ou déviée, les associations accoutumées n'étant plus réveillées. L'activité mentale est ainsi déréglée, et l'indifférence totale du malade pour ce qui se passe autour de lui, l'inconscience complète qu'il a de son état, ses conversations décousues, indiquent les troubles profonds du mécanisme psychique. D'une naïveté enfantine, d'une crédulité extrême, tel paralytique, jusqu'alors réservé, se lie d'amitié avec le premier venu, se confie étourdiment à chacun et se laisse aisément duper.

Simultanément se manifestent d'importantes *modifications du caractère* : les réactions du sujet au contact du monde extérieur ne sont plus les mêmes ; il fait preuve d'un oubli des convenances et de la politesse, d'une absence de tenue et de dignité qui contrastent avec ses allures antérieures. Les femmes n'ont plus aucun soin d'elles-mêmes, elles sortent vêtues d'une façon incomplète, etc. Une nouvelle personnalité se fait jour pendant que s'effacent les traits caractéristiques de l'ancienne. Tel individu, jusqu'alors prodigue, montre une avarice sordide ; plus fréquemment, on voit à des habitudes parcimonieuses succéder des goûts de dépense.

Telle femme, auparavant patiente et douce, devient irascible et jalouse. Des hommes d'une culture intellectuelle et morale élevée deviennent indifférents pour les études qui les passionnaient jadis, pour les principes qui leur tenaient le plus à cœur ; ils montrent une grossièreté, un cynisme dont on ne saisit pas, dans l'entourage, la véritable signification.

L'affection que le sujet portait aux siens fait place à l'indifférence, et les affaires de famille les plus graves ne peuvent l'émouvoir ; s'il lui échappe des propos affectueux c'est plutôt avec des étrangers que lorsqu'il s'adresse à quelqu'un de ses parents. Il fait preuve de sensiblerie plutôt que de sensibilité : un homme, d'un caractère jusque-là énergique, est attendri jusqu'aux larmes par le récit d'une infortune quelconque ; un autre se lamente pour un rien, comme un enfant. Les émotions disparaissent sans laisser de traces : le malade pleure et rit avec une extrême facilité, parfois presque simultanément, et son sourire mêlé de larmes vient témoigner de la fugacité de ses impressions.

L'*irascibilité* est très fréquente : le paralytique s'emporte à la moindre résistance, il a, à propos de futilités, des accès de rage puérile, souvent facilement calmés, mais au cours desquels il

profère des menaces terribles et se livre même à des voies de fait à l'égard de son entourage. L'irascibilité, parfois la méchanceté du malade, amènent des discordes de familles, des discussions, des altercations de tout genre. Quelques-uns deviennent subitement plus affectueux que par le passé; d'autres, débonnaires et philantropes, dissipent des sommes importantes en aumônes inconsidérées, en achats absurdes : un modeste employé achète par exemple pour plusieurs milliers de francs de bijoux. Les malades compatissent au malheur d'inconnus, prêtent de l'argent sans aucun discernement, contractent des emprunts pour subvenir à leurs largesses absurdes, accomplissent des marchés désastreux, renoncent à des créances, etc. Bref, en quelques semaines, le paralytique peut se ruiner, sans qu'il sache même donner le détail de ses dépenses extravagantes.

Une particularité remarquable, ce sont les oppositions, le désaccord entre les différents actes du malade : il est irritable, mais sans énergie ; il fait des dépenses considérables pour des choses futiles, tandis qu'il refuse d'acheter des objets de première nécessité ; il se met en colère pour de simples oppositions, tandis qu'il accepte les contradictions les plus graves ; il se

fâche pour une observation bienveillante et ne s'offense point des reproches les plus amers ; il résiste avec une opiniâtreté désespérante aux instances les plus pressantes, et se laisse, un moment après, diriger avec une docilité enfantine ; il fait une scène violente de désespoir à laquelle succèdent le calme et une satisfaction souriante.

De l'*affaiblissement de l'inhibition volontaire* relèvent maints symptômes caractéristiques. Le malade ne sait plus résister aux sollicitations des penchants et des appétits ; incapable de réflexion, stimulé par les exigences d'instincts auxquels manque leur contre-poids habituel, il est à la merci de ces derniers. Il se laisse ainsi aller avec une inconscience complète à des actes insolites, indélicats, immoraux dont il eût jadis été incapable. Il se met à fréquenter les mauvais lieux, commet des excès alcooliques et vénériens sans aucune retenue, et parfois même des délits (vols, faux), incapable désormais de comprendre ce que ces actions ont de malhonnête. Nous reviendrons plus loin sur cette phase médico-légale de la maladie.

Tous les actes du paralytique témoignent d'un manque de réflexion, d'une souveraine insouciance, d'une absence complète de moralité,

en un mot d'une *modification totale de l'individualité psychique*. Tenté par un objet dont il ne saura que faire, le paralytique en fait l'acquisition quel qu'en soit le prix ; un instant après il achète une douzaine d'objets identiques. S'il n'a pas d'argent, il prend tranquillement ce qu'il convoite, sous les yeux du marchand, et paraît profondément surpris quand on l'interpelle : il avoue naïvement ce qu'on lui reproche, sans y attacher aucune importance, et recommence plus loin. Parfois il monte dans une voiture qu'il ne peut payer, entre dans un restaurant, la bourse vide, et s'étonne quand on le prie de régler sa dépense. Des faits de ce genre provoquent assez souvent l'arrestation des malades. Le *sens moral*, les sentiments de pudeur sont perdus chez des sujets jusqu'alors d'une moralité irréprochable : un père tient des propos licencieux devant sa femme et sa fille ; une mère de famille relève en plein boulevard ses jupes pour satisfaire ses besoins ; une autre s'offre à tous les locataires de la maison et s'introduit dans leur lit ; un homme exhibe ses organes génitaux à l'entrée d'un urinoir, etc. En somme les sentiments qui constituent la caractéristique du moi présentent des modifications profondes, d'où la transformation radicale de la personna-

lité : « le malade n'est plus le même » suivant l'expression de l'entourage.

II. Période d'état. — La démence apparaît alors indéniable aux yeux de tous ; mais, fait qu'explique la déchéance intellectuelle du paralytique, celui-ci ne s'aperçoit nullement des troubles les plus accusés ; il ne sait rien de sa situation lamentable. La perte de la mémoire s'accroît ; ce ne sont plus seulement les faits récents mais aussi les *faits anciens* dont le souvenir s'efface ; la localisation des images mnémoniques est, en outre, atteinte comme leur reproduction. Les notions de temps et de lieu sont des plus confuses ; le malade ne sait comment il est arrivé à l'asile ; il ignore son adresse, son âge, reste interdit quand on lui demande le quantième du mois et l'année, puis répond sans s'émouvoir, souvent même en riant, « qu'il ne sait pas... qu'il n'a pas d'almanach... que ses papiers sont chez lui... ». On ne peut obtenir qu'il fasse un effort de mémoire, qu'il réfléchisse, et si l'on insiste il s'impatiente. Il énonce sans hésitation des erreurs énormes ; il se trompe de 2 ans, de 10 ans ou même de 20 ans ; l'un donne, comme quantième du mois, le 34 mars. Parfois, le sujet répond au hasard

le premier chiffre qui lui vient à l'esprit : l'un dit avoir 9 ans, l'autre dit être âgé de 30 ans et avoir un fils de 28 ans. Il en est qui croient être arrivés à l'asile dans la matinée même, tandis qu'en réalité, ils y sont depuis plus d'un mois ; d'autres, au contraire, prétendent être internés depuis six mois, alors qu'ils le sont à peine depuis quelques jours. Corrige-t-on leur erreur, ils sourient et ne s'en préoccupent point.

Le malade entasse, sans le remarquer, contradictions sur contradictions ; il affirme les choses les plus invraisemblables avec une conviction aussi profonde que passagère ; son aplomb est des plus caractéristiques : une femme annonce qu'elle va se marier et ajoute qu'elle ne sait pas avec qui, etc. Il est désormais impossible au sujet de donner des explications précises, d'exécuter une série d'actes nécessitant une intervention intelligente. L'attention est nulle : le malade, incapable de maintenir l'enchaînement de ses idées, commence un récit, en entame un autre sans avoir fini le premier, pour s'égarer de nouveau. L'absence de coordination des idées, apparaît évidente dans les écrits du paralytique : des phrases entières sont répétées ; il existe des lacunes considérables qui révèlent une incohérence très accusée.

Les femmes négligent totalement leur intérieur ; elles font des dépenses absurdes, gaspillent, cassent et déchirent ; elles ne savent plus faire la cuisine, font du café sans moudre les grains, etc., ou bien oublient de préparer le dîner de leur mari et de s'occuper des enfants ; elles sortent et rentrent sans but, bavardent ou gardent le mutisme.

Le paralytique se perd dans les rues qui lui sont le plus familières, se trompe de maison ; quelques uns sont arrêtés fort loin de leur domicile, en pleine campagne ; ils ne savent donner aucune indication sur leur demeure et sont parfois condamnés pour vagabondage.

Tous les actes sont alors marqués d'un cachet de niaiserie et d'absurdité : un employé de la police va prévenir les inculpés qu'on doit prochainement les arrêter ; un commis, tout en servant les clients du magasin, leur déclare qu'on y abuse de leur confiance ; un malade brûle ses valeurs de peur d'être volé ; un autre s'empare d'un tonneau de vin devant la porte du marchand, et se fait aider par deux sergents de ville pour le rouler jusque chez lui ; un autre prend des livres à un étalage et les distribue aux passants. Parfois ces sujets trouvant une voiture inoccupée, sautent sur le siège et s'en vont à

l'aventure ; d'autres allument leur feu avec du pétrole ; un médecin se fait arrêter dans une gare, s'emparant d'une valise qui ne lui appartient pas ; un jeune marié, en voyage de noces, rencontre par hasard un de ses anciens camarades, et ne le quitte plus, oubliant sa jeune femme qui l'attend à l'hôtel ; un concierge venant de percevoir le terme, court dépenser la somme en achats de vieux tableaux et d'objets de quincaillerie.

Docile aux influences étrangères, le paralytique se livre tout entier : il confie à tout venant ses affaires les plus intimes, il conte imprudemment au premier venu les actes répréhensibles qu'il a pu commettre ; il passe, au gré de l'interlocuteur, de la colère à la bienveillance, du rire aux larmes. C'est pour l'entourage l'heure de la curée : le vieux célibataire devient la proie des filles, il prodigue les donations, il épouse sa cuisinière ou une prostituée ; l'un donne à sa servante deux cent mille francs d'actions au porteur, l'autre reconnaît des enfants qui ne sont pas les siens. Innombrables et variés sont les actes absurdes du paralytique ; mais tous ont un caractère spécial : c'est une absence incroyable de jugement, une absurdité faite exprès.

L'*attitude* du paralytique est caractéristique ;

elle traduit au dehors sa profonde déchéance intellectuelle. La physionomie est tantôt satisfaite, tantôt hébêtée ; le malade s'avance d'un pas incertain, oublie de se découvrir ; parfois les vêtements sont en désordre, le visage sale. Le patient écoute silencieusement et dans une attitude de soumission puérile la personne qui l'accompagne donner les preuves de sa déchéance mentale, ou demeure tout à fait indifférent ; on dirait à voir son insouciance que ce n'est pas de lui qu'il s'agit ; il reste absorbé dans quelque occupation automatique, l'un s'amuse, par exemple, à faire tourner son chapeau entre les doigts ; un autre arrange ses cheveux, etc. Parfois le paralytique, plus triste, se lamente d'un ton dolent, se plaint de sa faiblesse, dit souffrir de partout. Souvent c'est sans murmurer qu'il accepte la proposition d'un internement. Il attend patiemment qu'on l'interroge et les questions qu'on lui pose ne parviennent pas à secouer son apathie ; il n'y prête pas attention et les comprend avec difficulté. Il répond avec insouciance et au hasard, sans se donner la peine de réfléchir et en se contredisant sans cesse ; ses réponses sont monosyllabiques : « oui... non » ; ou bien il répond invariablement à toutes les questions : « je ne sais pas ». En outre de l'hési-

tation de la parole caractéristique, on constate des troubles du langage d'origine psychique : lenteur extrême des réponses, répétition des mêmes mots, phrases inachevées, amnésie verbale. Dans certains cas, on observe une loquacité incohérente ; dans d'autres, le mutisme est presque complet. Quand on fait lire le malade à haute voix, on s'aperçoit qu'il saute des mots ou des lignes entières.

Même au lendemain de son entrée à l'asile, après une brusque séparation, on trouve le dément paralytique inerte, sans curiosité pour ce qui l'entoure, sans souci de sa nouvelle situation. Il ne cherche point à expliquer son internement ; il ne sait que répondre quand on lui demande où il est, pourquoi on l'a interné : il ne s'en était pas encore inquiété. Il invente parfois quelque conte naïf : « il est venu à l'asile en se promenant... pour voir le coup d'œil... il allait voir un de ses amis... alors on l'a gardé ». Quelquefois il manifeste une bonhomie insouciante, une placidité que rien ne saurait ébranler : « je vais m'en aller », affirme-t-il avec assurance. Le plus habituellement, son masque impassible traduit l'absence complète de toute activité psychique : on lui parle là de choses qui le laissent, en réalité, parfaitement indifférent. Il a

perdu la faculté de s'étonner et de s'émouvoir ; il montre une sérénité inaltérable, un optimisme qui ne sont guère de mise : la seule impression qu'il garde de ses pérégrinations successives dans divers asiles, c'est qu'on y est bien nourri, bien couché et souvent il ne manifeste qu'un désir, c'est d'y rester. Ces malades sont satisfaits de tout ce qui les entoure : les premiers propos qu'ils tiennent expriment la nature de leurs préoccupations : « je mange bien la soupe, disent-ils, j'ai un petit bonnet... je suis dans une jolie maison où l'on mange très bien ».

Le patient croit souvent connaître depuis de longues années le milieu nouveau dans lequel il se trouve ; il s'imagine être dans son propre domicile ou à l'hôtel. Il s'installe en souriant aux côtés du médecin qu'il voit pour la première fois et cause familièrement avec lui. Tantôt affaissé sur son siège, tantôt assis commodément, les deux coudes sur la table et la tête entre les mains, il est chez lui, touche à tous les objets qui sont à sa portée. Les femmes n'ont aucune réserve dans leur tenue et dans leur langage ; elles se présentent le corsage entr'ouvert ; elles se couchent à moitié sur leur chaise, prennent des attitudes déplacées. Le sujet apprend sans sourciller qu'il est dans un asile d'aliénés, ou

annonce lui-même en souriant « qu'il est dans une maison de fous » ; il ne fait habituellement entendre aucune récrimination. Toute énergie cérébrale a disparu ; le paralytique accepte passivement les pires catastrophes : il apprend sans protester qu'il est l'objet d'une demande en interdiction. Sans initiative, il se laisse diriger comme un enfant ; les tentatives d'évasion sont assez rares. On obtient de lui les réponses les plus contradictoires : il se déclare désireux de rentrer dans sa famille, puis il consent à rester toujours à l'asile, etc. Pendant quelque temps, le malade peut, s'il est surveillé, rendre encore quelques services manuels auxquels il se prête volontiers ; mais, plus ou moins rapidement, il en devient incapable.

III. Période terminale. — La démence s'accentue : le paralytique tombe littéralement en enfance. Chaque jour, l'horizon intellectuel va se rétrécissant jusqu'à se limiter aux sensations et aux besoins de l'heure présente, sans évocation ni du passé, ni de l'avenir. Le patient perd toute notion du milieu dans lequel il vit : il confond le soir et le matin, il ignore son nom ; il a oublié sa famille, ne se souvient plus qu'il est marié, ni qu'il a des enfants ; il confond ses

parents entre eux, il voit dans la même personne et au même moment sa femme et sa fille ; il apprend avec indifférence la mort des siens. Le vocabulaire se trouve parfois réduit à deux ou trois phrases telles que : « je vais m'en aller aujourd'hui », ou aux mots : « oui... non... » répétés sans cesse. Rien ne subsiste pour le paralytique de son passé : souvenirs de sa situation sociale antérieure, sentiments moraux et affectifs, conscience de sa personnalité, tout se dissout. Le sujet prétend parfois être un enfant ou être mort.

On est obligé de soumettre le malade à une surveillance incessante : il joue avec la flamme, il met le feu à ses propres vêtements, il jette des objets de valeur par la fenêtre ou aux ordures. Il s'occupe de niaiseries, ou va de tous côtés sans but ; ou encore reste stupide, le regard fixe, sans répondre aux questions. Les malades ne savent plus ni s'habiller, ni se déshabiller, ni se laver, ni se servir de fourchettes et de cuillers ; ils mangent avec leurs doigts. Ils se salissent à plaisir, ramassent partout des chiffons, des cailloux, des ordures dont ils remplissent leurs poches et qu'ils portent même à leur bouche. Ils arrachent leurs boutons, lacèrent leurs vêtements, se mettent complètement

nus, s'écorchent la figure, frottent leurs manches sur leurs joues ou leurs yeux jusqu'à produire des ulcérations, exécutent des mouvements automatiques.

Enfin à la période ultime, toute vie psychique a cessé. Le jour arrive où les progrès de la lésion finissent par faire du paralytique un être comparable au plus dégradé des idiots, presque entièrement isolé du monde extérieur. Quand il leur reste encore quelque force, on voit ces malades courbés sur leur assiette, s'aidant des mains et des lèvres pour faire pénétrer dans la cavité buccale, les aliments qui leur échappent et avec lesquels ils se barbouillent. Manger et boire sont les seuls moteurs de leur activité toute végétative ; le paralytique n'est plus qu'un tube digestif. Il n'a plus aucune notion du temps et de l'espace ; il est incapable d'exécuter un mouvement coordonné ; on est obligé de le maintenir au lit d'une façon permanente. Cette dégradation physique et psychique qui met un homme, jadis intelligent et moral, au niveau des animaux inférieurs, est le plus lamentable des spectacles. Complètement inconscient de son état misérable, immobilisé sur son lit de gâteux, la physionomie béate et satisfaite, tantôt le paralytique sourit silencieusement quand on s'ap-

proche de lui, ou marmotte d'une façon incompréhensible ; si on lui présente des aliments, il les déglutit sans les mâcher. Tantôt il semble ne plus percevoir aucune sensation et être réduit aux seules réflexes spinaux et bulbaires ; il paraît ne plus comprendre le sens des mots qui frappent son oreille, ni reconnaître les objets qui s'offrent à sa vue ; le visage exprime l'anéantissement de toute manifestation cérébrale. Le patient grince continuellement des dents, ne prononce plus une parole, pousse durant des journées entières des cris inarticulés. Il mourrait de faim si on ne prenait soin d'introduire des aliments dans son pharynx. Enfin la mort vient, qui met un terme à la profonde déchéance du malheureux paralytique.

CHAPITRE II

—

SYMPTOMES :
TROUBLES PHYSIQUES ESSENTIELS
ET ACCESSOIRES

Sommaire : I. *Symptômes physiques essentiels.* — Importance des troubles moteurs. Leurs caractères : généralisés, progressifs ; ils relèvent d'une incoordination motrice, non d'une paralysie. — Hésitation de la parole : signe capital. Au début, *accrocs* inconstants, passagers ; plus tard, *embarras* permanent.

Tremblement des lèvres, des muscles de la face, de la langue ; etc. Troubles de l'écriture ; de la démarche.

Faiblesse musculaire généralisée. — Paralysie des muscles de la vie organique : pharynx, sphincters — Gâtisme.

II. *Symptômes physiques accessoires.* — Troubles pupillaires : inertie, inégalité. — Troubles de la sensibilité : anesthésie, analgésie, etc. — Fonte paralytique. — Troubles génitaux, sécrétoires, urinaires, vasomoteurs, trophiques — Hématomes de l'oreille. — Eschares. — Troubles de la calorification.

Aphasie. — Hémiplégie. Mouvements automatiques. — Contractures. — Accès épileptiformes et apoplectiformes.

III. *Symptômes dus aux lésions de la moelle et des nerfs.* — Myélites systématiques : ataxie locomotrice. — Myélites diffuses. — Attaques spinales apoplectiformes et épileptiformes. — Névrite optique. — Paralysies oculaires.

I. Symptômes physiques essentiels. — La connaissance exacte des symptômes physiques de la paralysie générale est capitale : c'est en effet la coexistence de cet ordre de symptômes avec les troubles psychiques qui constitue un des caractères fondamentaux de la maladie. Ces signes physiques sont liés à des lésions du cerveau, de la moelle et des nerfs. Les troubles moteurs, les plus importants, présentent des traits distinctifs qui tiennent à leur généralisation, à leur marche progressive et à leur nature. Les troubles moteurs sont en effet *généralisés*, et non comme dans l'hémiplégie, nettement localisés aux muscles d'un côté du corps ; ils sont aussi *progressifs*, et non stationnaires comme ceux des hémiplégiques : presque insensibles au début, ils s'accentuent d'une façon lente, jusqu'à l'abolition complète de la motilité. Enfin il sont caractérisés par la *perte de la coordination* des contractions musculaires et non par la paralysie,

sauf à la période terminale. Les mouvements les plus complexes sont d'abord atteints ; l'incoordination se manifeste surtout dans les actes exigeant l'intervention de l'attention.

Parmi les troubles de la motilité le plus significatif au point de vue du diagnostic, c'est l'*embarras de la parole.* Ce signe, signe mortel (Esquirol), peut apparaître dès le début de l'affection, lorsqu'il n'existe aucun autre symptôme, moteur ou psychique, appréciable. Ce trouble est difficile à décrire, mais on le retient bien une fois qu'on l'a entendu, tant il est spécial. Il ne se rencontre, avec ses caractères si particuliers, que chez les paralytiques ; on peut cependant observer d'une façon passagère des modifications de la parole présentant quelque analogie chez des alcooliques, chez certains sujets émotifs, chez des épileptiques à la suite d'un accès, chez des malades soumis au traitement bromuré, ou encore chez quelques paralytiques agitants. Cet embarras de la parole diffère de l'empâtement de l'hémiplégique, de la blésité de l'imbécile, du bégaiement convulsif de certains sujets, des saccades particulières des choréiques, de la parole lente et scandée de la sclérose en plaques ; ce n'est pas non plus la parole nasonnée et traînante de la paralysie labio-glosso-laryngée. C'est une sorte de temps d'arrêt,

de suspension ou d'effort (*hésitation de la parole*) avant la prononciation de certains mots ou de certaines syllabes, en particulier devant les labiales.

L'embarras de la parole évolue comme les autres symptômes : au début, c'est un léger arrêt, un faux-pas intermittent, une *hésitation*, un *accroc de la parole* à peine appréciable ; plus tard l'embarras est plus marqué, (achoppement des syllabes) ; puis le sujet *balbutie*, a de la peine à prononcer certaines syllabes, en répète d'autres plusieurs fois ; les saccades sont plus rapprochées. Les syllabes chez quelques-uns sont prononcées isolément et suivies d'un moment d'arrêt pendant lequel la voix se prolonge comme en psalmodiant (analogie avec la parole scandée de la sclérose en plaques) ; plus tard les sujets font entendre une sorte de *bredouillement* ; les mots sont mutilés, réduits à une ou deux syllabes : enfin ce ne sont plus que des sons gutturaux tout à fait inintelligibles.

L'hésitation de la parole, différente en cela des autres troubles d'articulation, n'est pas continue ; elle ne se montre souvent que passagèrement, à de rares intervalles ; les émotions, la fatigue l'exagèrent. Elle exige parfois, surtout au début de la maladie, un examen des plus

attentifs et une oreille experte pour être perçue : un bon moyen de la mettre en évidence consiste à prolonger la conversation avec le sujet, à le faire lire à haute voix, à lui faire prononcer certains mots difficiles formés de nombreuses consonnes tels que : « artilleur d'artillerie ». Souvent au début on ne constate rien d'anormal, puis survient un accroc de la parole presque imperceptible, enfin l'hésitation s'accentue et devient caractéristique : le malade dit « atrillerie... altrillerie... artrillerie. »

L'embarras de la parole peut s'accompagner à une période plus avancée de *tremblement des lèvres et de la langue* ; les vains efforts des malades pour articuler convenablement déterminent dans les muscles des lèvres et de la face des ondulations, parfois un tremblement plus accentué, ou même des mouvements convulsifs. La langue tirée au dehors est rarement déviée ; mais tantôt elle tremble en masse, tantôt elle exécute des mouvements saccadés, tantôt elle présente sur ses bords et à la pointe des ondulations vermiculaires. Ces divers troubles sont loin d'avoir la valeur presque spécifique de l'hésitation de la parole : ils ne sont pas constants et ils peuvent, d'autre part, se rencontrer chez des mélancoliques et chez des alcooliques.

L'incoordination motrice atteint d'abord les mouvements les plus complexes, ceux dans lesquels la part de l'automatisme est restreinte. Les malades deviennent malhabiles, et leur maladresse est visible quand il s'agit de ramasser une épingle, de boutonner un habit ; les sujets dont la profession exige une certaine habileté manuelle (horlogers, dessinateurs, couturières) s'acquittent mal de leur travail. Parfois l'incoordination motrice se fait sentir du côté des muscles du larynx, et se traduit par une altération dans le timbre de la voix.

Aux troubles de la coordination se surajoute le *tremblement*. Celui-ci peut être généralisé, mais il est plus accentué aux mains ; il s'agit d'un tremblement vibratoire, à oscillations rapides, analogue au tremblement alcoolique.

Les modifications de l'*écriture* sont souvent précoces, elles doivent toujours être recherchées, en raison de leur importance au point de vue du diagnostic. L'écriture est grosse, irrégulière, tremblante, assez analogue aux premiers essais d'un écolier. Les lignes ne sont point parallèles, les ratures, les taches sont nombreuses. Des lettres ou des mots sont répétés ou omis. Ces divers troubles relèvent les uns du tremblement des doigts et de la maladresse du sujet, les

autres de son état d'affaiblissement intellectuel.

Au début, il y a peu de changements dans la *marche* ; les malades peuvent encore faire d'assez longues courses, mais peu à peu il survient une certaine brusquerie dans leurs mouvements ; ils marchent mal, gauchement, les jambes écartées; ils trébuchent facilement sur un terrain inégal. Il y a de l'incoordination, de l'incertitude, des saccades, mais point de faiblesse, du moins aux premières périodes. Tel paralytique qui chancelle en marchant, qui laisse tomber les objets de ses mains, qui peut à peine boutonner ses habits, devient susceptible d'une grande vigueur à un moment donné. Parfois certains artifices sont nécessaires pour mettre en évidence ces troubles : si l'on ordonne au malade de se retourner brusquement, on le voit souvent osciller et s'efforcer pendant quelques instants de reprendre son équilibre. Quand il s'agit d'accomplir un mouvement plus délicat il y a une hésitation : tous les muscles des membres se contractent, même ceux qui ne devraient point entrer en jeu, d'où une raideur musculaire considérable et l'absence de coordination des mouvement.

Cependant, avec les progrès de la lésion, à

l'incoordination motrice vient s'ajouter une *faiblesse* musculaire véritable qui va en s'accentuant. Mais le fait important, qu'il s'agisse d'incoordination ou de parésie, c'est la généralisation des troubles moteurs : tous les muscles sont pris ; ce n'est qu'exceptionnellement que le mal s'empare d'abord d'un membre.

A cette période avancée, l'embarras de la parole est considérable, l'écriture indéchiffrable. Le langage devient même incompréhensible, par suite de l'aggravation des troubles moteurs proprement dits (tremblement), des troubles de coordination, et de l'affaiblissement psychique (amnésie généralisée, aphasie motrice, amnésie verbale auditive). Dans certains cas, le *mutisme* est complet. La marche devient de plus en plus difficile : les malades traînent les pieds, tremblent sur leurs jambes, se cramponnent aux meubles afin de ne pas tomber. Ils font des chutes fréquentes ; il ne peuvent plus ni s'habiller ni marcher. Le séjour permanent au lit ou dans un fauteuil devient nécessaire, la tête est tombante sur la poitrine, les sujets ne peuvent plus s'asseoir dans leur lit. Les membres supérieurs deviennent, à leur tour, incapables d'exécuter les mouvements de préhension : on est obligé de faire manger le paralytique. Cependant il est

encore capable de déployer dans des moments d'agitation une certaine force, il se démène alors dans son lit en remuant ses membres de tous côtés.

Les troubles de la motilité n'épargnent pas les *muscles de la vie organique*. Tantôt le sphincter vésical relâché laisse échapper l'urine (incontinence), tantôt les parois de la vessie, distendues par le liquide, n'ont plus assez de force pour l'expulser (rétention, suivie d'incontinence par regorgement). Des conditions analogues amènent l'émission involontaire des selles (paralysie du sphincter anal). A la période terminale, le *gâtisme* est constant. La partie supérieure du tube digestif perd aussi ses forces contractiles : le pharynx, l'œsophage deviennent incapables d'agir sur le bol alimentaire trop volumineux ou insuffisamment mastiqué : ce dernier, tantôt, arrêté dans l'œsophage, comprime la trachée et provoque des accès de suffocation ; tantôt se dépose sur l'orifice supérieur du larynx : parfois les aliments à moitié mâchés s'engagent à la façon d'un coin à travers la glotte et peuvent déterminer l'asphyxie.

A la période ultime, l'*abolition complète de tous les modes de motilité* plonge les malades, alors seulement véritablement *paralysés*, dans un état de déchéance lamentable. Immobilisés dans leur

lit, gloutons et malpropres, incapables de s'alimenter et de manifester leurs besoins, réduits au mutisme, ils ouvrent la bouche quand on leur présente les aliments et les déglutissent aussitôt avec voracité, en laissant s'en accumuler une partie entre les arcades dentaires et les joues. Constamment souillés par leurs urines, leurs selles, ils gâtent sans cesse et plongent leurs mains dans les ordures dont ils recouvrent tout.

II. Symptômes physiques accessoires. — Après les symptômes essentiels de la paralysie générale : l'*hésitation de la parole*, l'*incoordination motrice*, la *faiblesse musculaire généralisée*, il nous reste à décrire des troubles qui ont, eux aussi, leur importance, mais qui ne sont ni constants, ni pathognomoniques. Citons en premier lieu les *modifications des réflexes pupillaires*. Fréquemment les pupilles ne réagissent plus ou réagissent mal à la lumière, tandis que la réaction pour l'accommodation persiste ; parfois on observe le phénomène inverse. Dans certains cas, les deux modes de réaction pupillaire sont abolis. On a noté aussi l'absence de dilatation pupillaire à la douleur coïncidant avec la perte de la réaction à la lumière. L'*inertie de la pupille à la lumière*, signe précoce et fréquent, doit être

recherchée avec soin : elle se rencontre chez 55 à 60 paralytiques sur 100, tandis que chez les autres aliénés la proportion n'est pas de 1 pour 100.

L'*inégalité des pupilles* (Baillarger) est aussi un signe important : cependant il n'est pas constant et peut se rencontrer, en dehors des lésions oculaires, chez des aliénés non paralytiques, (alcooliques, etc), dans les lésions cérébrales circonscrites, et enfin chez des sujets normaux. L'inégalité pupillaire se trouve chez la plupart des paralytiques, mais elle n'est pas toujours continue ; elle tient habituellement à la dilatation, parfois au resserrement plus considérable de l'une des pupilles. On rencontre aussi, mais moins fréquemment, la *contraction exagérée* ou la *dilatation des pupilles*, l'*irrégularité de l'orifice pupillaire* qui est excentrique ou déformé (ovalaire, triangulaire, échancré, etc), la *mobilité spontanée des pupilles* (Vincent). On a signalé également l'exophtalmie et plus rarement le nystagmus.

Les *troubles de la sensibilité* ne sont pas rares, mais leur recherche est malaisée. On peut observer de l'hyperesthésie, une anesthésie généralisée, de la diminution de la sensibilité à la douleur ; certains malades supportent sans souffrance les opérations chirurgicales, ou se livrent sur

eux-mêmes à de douloureuses mutilations. Chez quelques-uns, on constate un retard dans la transmission des sensations, des erreurs dans leur localisation, une diminution de la sensibilité thermique, des troubles de la sensibilité musculaire.

On observe en outre des *troubles subjectifs de la sensibilité* : pesanteur de tête, céphalalgie plus particulièrement frontale, migraines. Certains malades se plaignent d'engourdissements, de fourmillements dans les extrémités, de crampes, de névralgies diverses, de douleurs vagues et généralisées, de tiraillements musculaires, de gastralgie, de cystalgie, de douleurs fulgurantes. Ces phénomènes indiquent souvent l'existence de lésions médullaires.

L'*odorat*, le *goût* peuvent être diminués, et même abolis : les malades portent à la bouche et au nez les matières les plus répugnantes. On a noté parfois un affaiblissement de l'*ouïe*, de l'hyperacousie, des bourdonnements d'oreilles, des sifflements. La *vision* est souvent atteinte, quelquefois longtemps avant le début de l'affection : (amblyopie) ; dans quelques cas rares, elle est entièrement abolie d'un seul et même des deux côtés (névrite optique).

Les *fonctions digestives* sont parfois très com-

promises dans le cours des états dépressifs ; le poids du sujet diminue alors rapidement. Mais, en général, l'alimentation est régulière : l'appétit est parfois exagéré et le malade, dans sa voracité, s'empare de tout ce qu'il peut trouver et le porte gloutonnement à sa bouche. On le voit alors engraisser rapidement ; la face est colorée, le teint frais. A part la constipation ou les évacuations involontaires, les fonctions digestives ne présentent rien de particulier jusqu'à la période de cachexie et de gâtisme permanent. Sous l'influence des lésions accentuées et généralisées du système nerveux, la nutrition subit enfin une altération profonde. A l'obésité succède un amaigrissement rapide en rapport avec une suractivité pathologique des phénomènes de désassimilation, c'est la période de marasme, la *fonte paralytique*.

Les *fonctions génitales* sont souvent troublées : on observe parfois, au début même de la maladie. une impuissance plus ou moins complète. Dans le cours des accès maniaques et même en dehors d'eux, on peut constater une excitation génitale qui pousse le sujet à des excès vénériens, à l'onanisme. Quelquefois la menstruation est supprimée.

La *sécrétion salivaire* est parfois augmentée. La *sueur* peut être sécrétée plus abondamment,

tantôt au niveau de la face, tantôt d'un seul côté du corps. Pour la *sécrétion urinaire* on a noté, à la période de cachexie une augmentation des phosphates et des sulfates. La *polyurie*, la *glycosurie*, l'*albuminurie*, la *peptonurie* ont été également signalées et rattachées aux lésions bulbaires.

Les *troubles trophiques* et *vaso-moteurs* ne sont pas rares : citons le zona, le vitiligo, l'aspect ichthyosique de la peau, l'atrophie musculaire, la diminution de l'excitabilité électrique des muscles, la chute des cheveux, leur décoloration, des pigmentations, des bulles, des maux perforants, des lipomes symétriques, des arthropathies, des hémorragies spontanées diverses : hématurie, purpura, hématomes.

L'hématome auriculaire est constitué par une collection sanguine siégeant au niveau du pavillon de l'oreille, entre le cartilage et le périchondre, et s'accompagnant habituellement de rupture du cartilage. Cet épanchement d'un volume variable (volume d'un pois, d'une noix), est tantôt dur et crépite sous le doigt, tantôt fluctuant. La dimension de la tumeur diminue peu à peu, mais le pavillon de l'oreille reste irrégulièrement épaissi, induré, avec des bosselures résistantes et indélébiles. Sans vouloir nier l'influence des troubles trophiques et vaso-moteurs,

nous pensons qu'habituellement ces hémorragies sont, non point spontanées, mais dues à des traumatismes plus ou moins intenses, que démontrent, d'ailleurs, les ruptures du cartilage. Nous avons vu une épidémie d'hématomes cesser à la suite du renvoi de plusieurs infirmiers violents ; d'ailleurs les lutteurs de profession en sont parfois porteurs ; ils peuvent se produire, quoique plus rarement, chez des aliénés non paralytiques.

Les troubles de nutrition de la peau se traduisent à une période assez avancée de la maladie par l'apparition de plaques de sphacèle. Ces *eschares* se montrent aux points qui sont le siège de frottements ou de compression. On voit, au niveau des saillies osseuses (sacrum, grand trochanter, talons, etc.), la peau se mortifier, devenir sèche, noirâtre et dure. L'eschare s'entoure ensuite d'une zone érythémateuse, inflammatoire, qui élimine lentement la partie mortifiée ; il reste un ulcère excavé dont les parois osseuses forment le fond. Parfois se produit subitement une gangrène humide, à marche plus ou moins rapide, frappant un doigt, le scrotum, la verge, les pieds. On observe aussi la gangrène pulmonaire par suite de la pénétration de parcelles alimentaires dans les voies aériennes.

Il n'est pas rare de rencontrer chez les paralytiques des troubles circulatoires périphériques surtout apparents à la face qui est vultueuse, et aux extrémités qui sont cyanosées, refroidies (*paralysie vaso-motrice*). Les ictus apoplectiques, la diminution de la température relèvent aussi, dans certains cas, de troubles vaso-moteurs.

La *respiration* ne présente habituellement rien de particulier. On a observé parfois le rhythme de Cheynes-Stokes et des accès de dyspnée.

Les troubles de la *calorification* sont variés. On peut constater de l'hyperthermie dans les états d'agitation maniaque et aussi dans les formes dépressives (38, 39°) ; la fièvre n'est donc pas en rapport avec l'agitation musculaire, mais avec la lésion même des centres nerveux. D'autre part, la température descend parfois au-dessous de la normale (30°) sans cause appréciable. Des modifications thermométriques accompagnent également les attaques apoplectiques et épileptiformes.

Aux symptômes précédents peuvent venir s'ajouter des phénomènes qui sont sous la dépendance, les uns d'une prédominance de la sclérose dans certaines régions du cerveau, les autres de lésions circonscrites coexistantes, indé-

pendantes de l'encéphalite interstitielle diffuse (foyers de congestion, d'hémorragie, de ramollissement). Suivant la localisation de ces altérations on observe de l'aphasie, de l'hémiplégie, des attaques épileptiformes ou apoplectiformes, des mouvements automatiques, des troubles de la sensibilité (excitation ou destruction des centres sensitivo-moteurs).

L'*aphasie motrice* est rare : elle peut se montrer passagèrement à la suite d'un ictus cérébral, ou persister d'une façon permanente, ou se développer progressivement. On a observé également soit une *monoplégie*, soit une *hémiplégie*. Ces troubles ne relèvent qu'exceptionnellement d'une hémorragie ou d'un ramollissement cérébral ; ils sont en rapport avec la prédominance de la sclérose et de l'atrophie au niveau des centres moteurs. Ils ne s'accompagnent point de dégénérescence secondaire, sont souvent passagers et moins accentués que dans les lésions circonscrites.

Les *mouvements automatiques* sont dus à l'irritation du centre moteur correspondant : ils s'exécutent indépendamment de la volonté du malade qui ne peut les empêcher malgré le désagrément que parfois il en éprouve. Tels sont le grincement des dents, le mâchonnement, les mou-

vements de succion, de dégustation, les tics convulsifs de la face, les mouvements choréiformes (hémichorée, athétose), A l'excitation des centres moteurs corticaux doivent être également rattachées, dans un grand nombre de cas, la raideur localisée à un membre qui oppose une certaine résistance aux mouvements communiqués, la contracture d'un côté du corps, la contracture parfois très accentuée des membres inférieurs, des muscles du cou (flexion ou extension permanente) des masséters (occlusion de la bouche).

Les *accès épileptiformes* sont dus également à des foyers de sclérose ou de congestion active situés dans la zone motrice. Ces redoutables complications peuvent se manifester à toutes les périodes de la maladie, mais leur fréquence augmente avec ses progrès ; parfois ils en sont les signes précurseurs, souvent ils en précipitent la terminaison fatale. Ces accès simulent l'épilepsie mais les auras sont rares. Quelquefois tout se borne à des *vertiges* : le malade chancelle, est obligé de s'arrêter ou de s'appuyer un instant ; la face pâlit ou se congestionne. Ces phénomènes passagers, accompagnés ou non de grimaces, de convulsions légères des membres, de perte de connaissance, sont suivis d'une gêne un peu plus

marquée de la parole, de confusion dans les idées. Souvent ce sont des accès analogues aux crises convulsives épileptiques ; ils s'en distinguent parfois néanmoins par la longueur de la période comateuse consécutive qui se prolonge pendant plusieurs heures ou plusieurs jours, par la déchéance mentale qu'ils entraînent et la contracture qu'ils laissent. Le sujet pousse un cri, tombe, se raidit, le visage pâlit puis se congestionne ; la langue est mordue, une écume sanguinolente s'écoule de la bouche, les matières fécales et l'urine sont expulsées. Des convulsions toniques puis cloniques, ou cloniques d'emblée se produisent : elles sont tantôt généralisées, tantôt limitées à un côté du corps ou à un seul membre. Parfois survient une série d'accès plus ou moins rapprochés (état de mal), qui peut se prolonger durant plusieurs jours et se termine habituellement par la mort. Ces attaques peuvent s'accompagner du développement rapide d'eschares.

Les *attaques apoplectiformes* sont fréquentes surtout à la dernière période, mais parfois elles semblent marquer le début de la maladie. Tantôt on ne constate que de la congestion de la face, de la somnolence, de la confusion dans les idées ; tantôt il s'agit d'une véritable attaque d'apoplexie

avec chute, perte de connaissance, état comateux, élévation de température, eschare fessière.

Habituellement les accès épileptiformes et apoplectiformes sont suivis d'une *élévation de température* (Westphal, Magnan, Hanot) : de 15 à 60 minutes après l'attaque, le thermomètre s'élève à 39 ou à 40° ; le pouls augmente de fréquence. Parfois à la suite des attaques épileptiformes éclatent des troubles intellectuels en général transitoires (excitation maniaque). D'ordinaire aux ictus cérébraux de la paralysie générale succède une aggravation des symptômes d'affaiblissement intellectuel et des phénomènes moteurs (aphasie, hémiphégie passagère, contracture, rétention d'urine).

Notons enfin pour mémoire l'existence d'attaques syncopales et exceptionnellement d'attaques hystériformes.

Parmi les troubles de la sensibilité révélant une altération localisée de certains territoires, signalons l'hémianesthésie, l'analgésie, l'hémianopsie, la surdité verbale, la cécité psychique, la *migraine ophtalmique*, l'*épilepsie sensitive* (Charcot).

Nous n'insisterons pas sur les symptômes liés aux lésions circonscrites, telles que les foyers hémorragiques ou de ramollissement : leurs

signes propres s'ajoutent à ceux de la paralysie générale (aphasie, etc.). Ces cas sont rares, leur diagnostic est parfois délicat.

III. Symptômes dus aux lésions de la moelle et des nerfs. — Ces troubles sont des plus variés et peuvent se manifester plusieurs années avant le développement de l'encéphalite interstitielle. L'un de nous a montré (Magnan, 1866-1876) que, dès que la paralysie générale a duré un certain temps, il est exceptionnel que la moelle ne soit pas intéressée.

Il s'agit donc en réalité d'une affection cérébro-spinale plutôt que cérébrale et c'est à tort que l'on a longtemps attribué au cerveau seul tous les symptômes de la maladie.

On observe des *scléroses systématiques* et *diffuses*. Parmi les premières, la plus fréquente est la *sclérose des cordons postérieurs* (Baillarger, Westphal, Magnan) : on constate alors les symptômes de *l'ataxie locomotrice* (douleurs fulgurantes, abolition des réflexes, troubles trophiques, paralysies oculaires, etc.). Ces troubles peuvent apparaître au cours de la paralysie générale ou, au contraire, la précéder de plusieurs années. Pendant dix, pendant quinze années quelquefois, le futur paralytique, ou mieux le

paralytique, éprouve des douleurs fulgurantes, des crises gastriques; peu à peu la motilité s'altère à son tour : la pointe du pied est projetée en haut et en dehors, le talon retombe lourdement. Les yeux fermés, le malade est incapable de diriger ses mouvements, bien que la force musculaire soit presque intégralement conservée, et la nuit la marche est presque impossible. Un moment vient où, chez ce patient considéré comme un ataxique simple, se manifestent de la faiblesse de la mémoire, de l'hésitation caractéristique de la parole : le tabétique est devenu un paralytique général ; la sclérose des cordons postérieurs n'était qu'un signe précurseur de la paralysie générale. Le mal d'autrefois se déclare par de la faiblesse visuelle chez un individu qui jusqu'alors a joui d'une bonne vue. A l'ophtalmoscope on aperçoit une papille anémiée, légèrement ardoisée ou nacrée, aux vaisseaux atrophiés, présentant un contour d'une netteté particulière (atrophie papillaire, papille tabétique). En d'autres circonstances, on constate de la diplopie, du ptosis, du strabisme externe.

Si les troubles médullaires et plus particulièrement les symptômes liés aux lésions des cordons postérieurs peuvent précéder les troubles cérébraux, ils marchent aussi, dans un grand

nombre de cas, parallèlement à eux, ou leur sont postérieurs. Chez certains paralytiques, par exemple, on a trouvé, à l'autopsie, les lésions du tabès à leur début. Dans la majorité des cas, l'axe cérébro-spinal est attaqué d'emblée dans sa totalité. Les statistiques les plus récentes des divers observateurs sont d'accord pour montrer la fréquence de la lésion des cordons postérieurs dans la paralysie générale : elle se rencontrerait dans les deux tiers des cas environ. (Fürstner, Thomsen, Köberlin. F. Raymond, Nageotte).

On a observé aussi la *sclérose des faisceaux pyramidaux* (démarche spasmodique, parésie, contracture, exagération des réflexes). Ces deux lésions systématiques (sclérose des cordons postérieurs et des faisceaux pyramidaux) peuvent également s'associer.

On a rapporté aussi des combinaisons de la paralysie générale avec la sclérose en plaques, la syringomyélie, l'altération des cornes antérieures.

La *myélite interstitielle diffuse* donne lieu à des troubles moteurs et sensitifs plus complexes : ce sont des engourdissements, des crampes ; le malade n'a qu'une sensation imparfaite du sol ; la sensibilité est diminuée dans tous ses modes : la motilité est affaiblie, les fonctions génitales sont amoindries (impuissance).

On observe dans certains cas de véritables *attaques spinales épileptiformes et apoplectiformes* (Magnan, 1876) se traduisant par de la contracture des membres, des secousses cloniques, ou de la parésie, et accompagnées d'une élévation de température qui peut atteindre 40°.

Parmi les symptômes dus aux lésions des nerfs, nous citerons les troubles de l'olfaction (*sclérose interstitielle du nerf olfactif*), ceux de la vision (*névrite du nerf optique*), les paralysies des nerfs moteurs de l'œil (*névrites des nerfs moteurs oculaires et du pathétique*), les troubles sensitifs et trophiques : névralgies sciatique, intercostale, angine de poitrine, paralysie faciale, zona, bulles (*névrites périphériques*). Il en est de ces névrites comme des lésions médullaires : elles peuvent précéder de longtemps les symptômes de la paralysie générale. L'un de nous a vu des temps d'arrêt de deux ans et de quatre ans séparer, chez deux sujets, la sclérose du nerf optique et des nerfs moteurs de l'œil, du début de l'encéphalite interstitielle.

Les diverses altérations cérébrales, médullaires et nerveuses, qui donnent lieu aux symptômes si divers que nous avons examinés, dépendent toutes du même travail morbide à marche lente, mais à tendance toujours envahissante (sclérose interstitielle diffuse de tout l'axe cérébro-spinal).

CHAPITRE III

—

SYMPTOMES ACCESSOIRES : ÉTATS DÉLIRANTS

Sommaire : *Caractères généraux des délires* I. Les états délirants de la paralysie générale peuvent revêtir toutes les formes : ce sont des psychoses véritables, greffées sur la démence paralytique. Celle-ci leur imprime un cachet spécial : ils sont multiples, mobiles, absurdes et contradictoires ; ils révèlent le fond de démence sur lequel ils reposent.

II. *Accès maniaques.* — Exaltation intellectuelle. Agitation maniaque. Excitation sexuelle. Manie suraiguë.

III. *Délire de grandeurs.* — Idées de satisfaction, de supériorité. — Conceptions extravagantes et absurdes dépassant les limites du possible. Absence de conviction. Le délire n'est pas un *système*, mais un verbiage.

IV. *Délire hypocondriaque. Idées de négation.* — Parfois tendance à la systématisation ; association avec les autres délires.

V. *États mélancoliques.* — Rareté des tentatives de suicide ; leur absurdité. Influence de l'hérédité psychopathique. — Forme circulaire.

Idées de persécution. — *Idées mystiques.* — *Délires systématisés.* — *Hallucinations.*

I. Caractères généraux des délires. — La paralysie générale peut évoluer à l'état de simplicité, réduite à ses symptômes essentiels, pour aboutir à l'anéantissement des fonctions cérébro-spinales et à la mort. Mais dans maintes circonstances des traits nouveaux viennent modifier le tableau de la démence paralytique. Ces phénomènes surajoutés, plus ou moins bruyants (états délirants), accaparent parfois l'attention à leur profit, aux dépens des symptômes fondamentaux. Il faut distinguer de la démence paralytique incurable, permanente et progressive, ces épisodes curables, plus ou moins mobiles et passagers, de même que l'on isole les délires fugaces, protéiformes des dégénérés, de leurs défectuosités psychiques congénitales et immuables.

Ces troubles psychiques accessoires ne sont pas en relation avec telle ou telle des lésions anatomiques. Celles-ci n'agissent qu'en produisant l'affaiblissement intellectuel, grâce auquel peuvent, à leur tour et dans certaines circons-

tances, se manifester des états délirants. L'hérédité psychopathique ne perd pas son influence et intervient plus d'une fois dans la genèse d'un épisode délirant (Lionet, Sauton). L'alcool est la pierre de touche de la résistance cérébrale ; il décèle les prédispositions vésaniques latentes. Il en est de même de l'encéphalite interstitielle : à peine le cerveau est-il touché par la lésion que les aptitudes délirantes du sujet se révèlent, précédant ou masquant les signes d'affaiblissement intellectuel : tels sont, par exemple, les accès mélancoliques qui se montrent au début de la maladie, chez certains individus que leurs antécédents héréditaires prédisposent à cette spécialisation vésanique. Les divers délires de la paralysie générale sont de véritables vésanies, des psychoses, comparables à celles qui surviennent chez les dégénérés.

Il n'est guère de troubles délirants qu'on ne puisse observer, à part cependant les syndromes épisodiques de la dégénérescence (obsessions et impulsions) qui ne sont point compatibles avec l'affaiblissement psychique du sujet, et que l'on ne constate que très exceptionnellement au début de l'affection, chez des paralytiques dégénérés. Etats maniaques et mélancoliques avec leurs formes variables, délires ambitieux, hypo-

condriaque, mystique, érotique, idées de persécution, plus ou moins systématisées, idées de négation, hallucinations, tous ces troubles peuvent se rencontrer. Quelque variées que soient ces diverses psychoses, elles ont des caractères communs : ce sont les délires d'un cerveau atteint d'une démence spéciale, la démence généralisée du paralytique. C'est de l'affaiblissement intellectuel en effet que tous les états délirants auxquels il sert pour ainsi dire de base, tirent leurs allures quasi-pathognomoniques ; c'est à lui qu'ils doivent cette incohérence, cette mobilité qui forment avec les caractères des délires systématisés un si frappant contraste. Chez le délirant chronique la mémoire est intacte, les facultés psychiques supérieures, indemnes, exploitent les éléments morbides mis à leur disposition par les hallucinations : c'est ainsi qu'un délire systématisé peut s'organiser et évoluer d'une façon méthodique. Chez le paralytique, au contraire, l'idée délirante surgit sous une influence extérieure ou par le rappel d'un souvenir : elle s'impose telle quelle à un esprit privé de toute critique. De plus, la conception délirante, émise à l'aventure, n'ayant point les racines profondes du délire systématisé, est peu stable : un incident quelconque a suffi pour la

faire éclore ; elle disparaît avec non moins de facilité. Le paralytique n'est pas attaché à son délire ; il se contente de l'énoncer ; il n'est ni capable, ni désireux de l'expliquer. L'idée délirante n'est pas, à proprement parler, son œuvre ; elle a germé presque spontanément.

M. J. Falret a résumé les caractères communs des idées délirantes des paralytiques en disant qu'elles étaient multiples, mobiles, absurdes et contradictoires entre elles. Leur *multiplicité* doit être considérée au double point de vue du nombre des manifestations qui peuvent traduire un même ordre d'idées délirantes, et de la variété des divers délires qui peuvent coexister. Chez le paralytique ambitieux une conception délirante en provoque une autre plus extravagante, qui est immédiatement acceptée ; le malade, dans chaque ordre déterminé de conceptions, épuise toutes les modalités possibles : il possède *toutes* les richesses, il est doué pour *tous* les arts, il a *toutes* les puissances. D'autre part, cette multiplicité d'idées délirantes peut se traduire aussi par leur polymorphisme, par la coexistence de conceptions de couleurs diverses. A côté des idées ambitieuses se montrent des préoccupations hypocondriaques ou mélancoliques, des idées de persécution. D'ailleurs ces

caractères ne sont ni constants ni pathognomoniques : ils coïncident habituellement avec un état d'exaltation maniaque qui doit entrer en ligne de compte dans l'hypergenèse des idées délirantes. Chez certains malades, on constate au contraire un délire monotone et plus limité. Enfin chez quelques aliénés non paralytiques (dégénérés), le délire peut revêtir cet aspect polymorphe.

Pour ce qui est de la *mobilité* des idées délirantes, la genèse de celles-ci explique leur peu de résistance. La conception maladive du paralytique n'est pas le résultat d'un labeur intellectuel qui serait intervenu dans sa systématisation. Parfois la suggestibilité du sujet est telle, tel son manque de critique, qu'il est possible de provoquer chez lui des idées délirantes nouvelles, immédiatement acceptées sans contrôle et répétées avec plus ou moins de conviction. La mobilité des conceptions morbides se traduit et par la production excessive d'idées délirantes de même couleur, et par celle d'idées délirantes de nature variée. Le paralytique parcourt en quelques jours, en quelques heures, en quelques minutes même, toute la gamme ascendante des idées de grandeur ; c'est une énumération interminable : il possède successivement une grosse

fortune, des millions, puis des milliards, toutes les richesses du monde, l'univers entier. Il peut aussi être le plus misérable des hommes quelques heures après avoir proclamé sa puissance souveraine. Tout à l'heure rayonnant de joie, il demande maintenant d'une voix dolente à faire son testament, car il sent sa mort prochaine ; un autre supplie en larmoyant qu'on l'ausculte : « son cœur a cessé de battre... il va mourir » ; puis il se met gaîment à chanter à tue-tête un air d'opéra, tient des propos obscènes et se livre à des divagations ambitieuses. Notons que cet aspect changeant et protéiforme du délire se retrouve dans certaines manifestations délirantes des dégénérés. D'autre part, on voit des paralytiques montrer dans leur délire (par exemple les idées mélancoliques) une certaine persistance.

L'*absurdité*, la niaiserie des conceptions sont également des plus caractéristiques. Les idées délirantes choquent grossièrement le bon sens : elles sont incohérentes, puériles, marquées en un mot au coin de la démence. Une malade nous annonce son mariage avec un prince qui lui a fait cadeau d'un kilo de chocolat, une autre veut se marier avec son père, le Président de la République. Des cas exceptionnels peuvent

cependant se rencontrer dans lesquels le délire n'a point ce cachet d'absurdité ; et d'autre part, les conceptions délirantes des dégénérés ont parfois un certain degré d'absurdité, mais elles sont plus cohérentes et entraînent mieux la conviction du sujet.

Enfin de la mobilité, de la multiplicité et de l'absurdité des idées délirantes des paralytiques découle un autre caractère, c'est la *contradiction* de ces conceptions morbides : une femme vante la beauté de son corps, et, quelques instants après, dit n'avoir plus que la peau et les os. Un homme se dit millionnaire et ajoute qu'il est terrassier et gagne quatre francs par jour. Aucun souci chez le malade de concilier des prétentions qui s'excluent, de rattacher ses félicités imaginaires à son existence passée, d'expliquer sa situation présente et ses prétentions ; il a perdu la faculté de contrôler et de comparer ; c'est bien un délire automatique en quelque sorte.

L'importance, au point de vue du diagnostic, de ces états délirants est considérable. Cependant ils ne constituent pas, nous le savons, un élément nécessaire de la maladie ; ils ne doivent en être envisagés que comme des phénomènes contingents, sans rapport direct avec les lésions.

Des sujets chez lesquels on les rencontre, il en est qui auraient pu délirer alors même qu'ils ne seraient point devenus paralytiques : l'organe est prédisposé par l'hérédité psychopathique ; quand la démence survient, il réagit à sa façon. Pour estimer à leur juste valeur les modalités délirantes multiples de la paralysie générale, il faut ne les considérer que comme autant de costumes aux couleurs infiniment variées dont le dément paralytique peut ou non s'affubler.

II. Accès maniaques. — Les accès maniaques sont fréquents ; leur intensité est variable. Dans la forme la moins accusée, l'*exaltation intellectuelle*, le fonctionnement psychique est favorisé dans une certaine mesure par l'hyperexcitabilité des centres corticaux ; les idées surgissent en foule ; les associations d'idées se font avec rapidité : la mémoire, stimulée, fait renaître avec netteté un grand nombre d'acquisitions anciennes qui paraissaient effacées, d'où parfois la richesse des conceptions. L'exaltation maniaque peut se montrer dès le début : lorsque l'affaiblissement intellectuel n'est pas accentué, elle peut le masquer complètement. Elle se manifeste souvent par un besoin d'activité inaccoutumé, par des aptitudes nouvelles ; les paralytiques s'adon-

nent avec ardeur à l'étude de sujets auxquels ils étaient toujours restés indifférents ; ils abordent quelquefois avec succès, les luttes politiques, entreprennent des opérations financières, commerciales, qu'ils réussissent parfois à mener à bien ; ils font preuve d'une facilité d'élocution qu'on ne leur connaissait pas. Chez quelques-uns, il n'existe pas encore de troubles moteurs, point de lacunes de la mémoire, qui permettent de penser à une affection organique et même à un état morbide : le sujet s'est simplement métamorphosé.

Plus nombreux sont les malades chez lesquels, sous l'excitation cérébrale, se cachent des signes d'affaiblissement psychique : tel sujet qui se multiplie de tous côtés en proie à une activité dévorante, qui se livre à des entreprises hardies, mais encore raisonnables, commet des actes immoraux qui dénotent une modification mentale profonde, ou présente quelques troubles de la mémoire. Bientôt l'exaltation maniaque s'accroissant, le malade dort mal, devient loquace, incohérent, turbulent ; ses réponses dénotent un amoindrissement intellectuel : il est incapable de ces observations justes qui indiquent chez le maniaque simple la persistance du jugement ; on ne constate pas non plus la

fertilité d'idées, le brillant, les éclaircies qu'on trouve chez ce dernier ; son imagination tourne toujours dans le même cercle. Les projets sont ridicules, les conceptions niaises, les actes enfantins : un propriétaire frotte avec ardeur les meubles et l'escalier de sa maison, un autre sujet inscrit le nom de toutes les rues qu'il traverse, embrasse avec effusion tous ceux qu'il rencontre. Bref, sous des dehors trompeurs se montre la déchéance de l'intelligence. A l'asile, l'attitude du malade est des plus significatives : il se livre à une mimique expressive, déclare n'être pas malade, et passe sans transition de la colère à la joie. Tout à l'heure indigné de son internement, debout, l'œil étincelant, criant à l'infamie, le voilà maintenant baissant la voix, prenant un ton confidentiel, et donnant avec effusion des poignées de main, pour se montrer enfin satisfait, jovial, exubérant, d'une loquacité incohérente et intarissable : il ne peut rester en repos, se lève, s'asseoit, gesticule, éclate de rire, donne des bourrades familières au médecin, et, oubliant ce qui le passionnait, il y a un instant, il vante son instruction, et affirme avec un aplomb imperturbable qu'il parle plusieurs langues.

Quand cet état d'excitation s'exagère, on a

affaire à un *accès maniaque* proprement dit : les idées, les souvenirs, les déterminations sont produites en si grand nombre qu'il y a, pour ainsi dire, un véritable encombrement. Les associations d'idées se produisent au hasard des assonnances ; la sélection qu'à l'état normal l'attention et la réflexion opèrent sur elles devient impossible. Toutes les acquisitions antérieures sont reproduites, mais pêle-mêle ; tous les mouvements possibles sont exécutés, mais d'une façon désordonnée. Souvent ces états maniaques s'accompagnent d'une excitation sexuelle qui peut porter le sujet aux actes les plus graves. Les femmes recherchent les hommes sans aucune réserve ; des mères de famille, jusqu'alors irréprochables, se livrent à la prostitution. A l'asile, on voit ces malades, accoutrées d'une façon ridicule, les cheveux remplis d'herbes, de chiffons, de bouts de papier, s'avancer le sourire provoquant, et murmurer de leur voix hésitante des propositions obscènes. Les hommes se livrent à une débauche effrénée, poursuivent les femmes dans la rue, pratiquent l'onanisme en public, etc.

Quand l'automatisme des centres corticaux s'accroît encore, toutes les manifestations psychiques supérieures sont entravées par suite de

l'incoordination généralisée. Dans ces états d'*agitation maniaque suraiguë*, dont quelques-uns paraissent être sous la dépendance d'un processus irritatif aigu de l'écorce, le malade se dépouille de ses vêtements, se traîne sur les mains et les genoux, se roule à terre dans ses matières fécales; il détruit tout ce qui est à sa portée, frappe le parquet, ne répond à aucune question, chante, pousse des vociférations, exécute les mouvements les plus désordonnés. L'alimentation devient alors souvent difficile, la langue est sèche, la fièvre s'allume, et des complications redoutables peuvent survenir (*délire aigu*).

III. Délire de grandeurs. — Cette forme délirante, des plus fréquentes, peut se montrer à toutes les périodes de l'affection : elle vient habituellement compliquer un accès maniaque. Les actes en rapport avec ces conceptions délirantes provoquent parfois la séquestration du malade. Une fois développées, les idées de grandeurs peuvent disparaître, pour reparaître ensuite ou pour faire place à un accès délirant de couleur différente ; parfois elles persistent jusqu'à la période ultime ; on voit des sujets, plongés dans le marasme paralytique, incapables de

prononcer une phrase complète, balbutier encore en souriant les mots de « million... »

Les idées de grandeur ont les caractères communs des manifestations délirantes greffées sur la démence paralytique, mais nulle part on ne trouve ceux-ci aussi accusés. Elles sont susceptibles de divers degrés, depuis les simples idées de satisfaction, les idées de supériorité, les idées de grandeur ne dépassant pas la sphère des réalités possibles, jusqu'aux conceptions extravagantes et absurdes allant au delà des limites humaines.

Les *idées de satisfaction* sont un équivalent du délire ambitieux : le malade est content de tout ; il est satisfait d'être à l'asile ; il n'éprouve, de la catastrophe qui l'a arraché aux siens, ni souci, ni regrets. Son optimisme, sa tranquille sérénité sont caractéristiques : il est sans inquiétude : « il va sortir le soir même », et la sortie, indéfiniment ajournée, ne modifie pas son inaltérable satisfaction. Content des autres et de lui-même, « il est dans le meilleur des asiles, soigné par de bons médecins ; tout le monde est aux petits soins pour lui, la nourriture est excellente ; sa santé ne laisse rien à désirer ». Ces malades s'admirent complaisamment et veulent que les autres en fassent autant : ils sont naïve-

ment joyeux des compliments qu'on leur adresse ; ils vantent leur ardeur au travail, leur habileté, sans manifester encore des idées de grandeurs. « Leur visage, dit Marcé, est ouvert et souriant : ils abordent le premier venu de leur poignée de main banale, se montrent prévenants, affables, contents de tout ; ils font voir avec ostentation leur maison, leurs meubles, leurs vêtements et les plus minces objets qui leur appartiennent ».

Parfois les idées ambitieuses ne sont pas invraisemblables et des renseignements sont nécessaires pour en démontrer la fausseté : le paralytique prétend gagner 10 ou 15 francs par jour, être un des meilleurs ouvriers de son état, avoir une rente de quelques mille francs ; les femmes annoncent qu'elles vont se marier ; dans leurs discours les mots « beau, joli » reviennent sans cesse : « J'ai un joli mari, dit l'une, de jolis enfants, de beaux yeux » ; d'autres racontent qu'elles vont épouser « un beau jeune homme de 20 ans », énumèrent leurs bijoux, leurs robes élégantes.

Mais il est rare que tout se borne là ; bientôt le délire s'exagère : le paralytique se dit l'homme le plus intelligent, le plus adroit du monde, il a une « santé d'or », une « mémoire d'ange » ; sa

force est herculéenne ; il se sent capable d'assommer un bœuf d'un coup de poing, de marcher jour et nuit ; il fait des chefs-d'œuvre ; rien ne lui est impossible : il traverse les rivières, il n'a plus besoin de dormir ; il gagne 50 000, 100 000 francs par an, bien davantage encore. Enfin par une progression lente ou rapide, le malade arrive aux conceptions les plus invraisemblables. Les *idées de richesses*, *de grandeurs*, *de puissance*, se succèdent plus hyperboliques les unes que les autres : ce ne sont que châteaux, millions, milliards, titres sonores, projets surhumains, conceptions gigantesques, comme il convient à un être dont le pouvoir est sans bornes et qui se joue du temps et de l'espace. La suractivité de l'imagination jointe à l'affaiblissement intellectuel, fait que le paralytique accumule les idées délirantes sans souci de les coordonner ; la conception émise un instant auparavant est déjà oubliée, ou bien il veut quelque chose de plus grandiose encore. Son délire est à la merci des moindres incidents ; il s'étend, se métamorphose, se contredit au gré d'influences multiples : souvenirs, lecture quelconque, idée émise par un interlocuteur. Les idées les plus contradictoires sont simultanément énoncées : l'un se déclare supérieur à Dieu,

puis, limitant son ambition, il se dit préfet ; un autre se proclame, tout triomphant, roi, amiral et chef de la Sûreté ; une malade se dit marquise ; son mari est comte et « chef du patron » ; une autre fait des ménages de ducs et possède des milliards. Le paralytique se plaît dans l'absurde : il prétend avoir une dizaine de millions et mettre 150 francs de côté par an ; il affirme qu'il vient de ressusciter, qu'il a 350 mètres de hauteur, qu'il est âgé de cent ans, de mille ans, qu'il est éternel, qu'il a créé le ciel et la terre, qu'il a découvert une source laissant couler de l'or et des diamants, qu'il est le père de tout le monde, qu'il peut regarder le soleil en face ; qu'il a des organes en or et des fesses en diamant, en bois incrusté d'or : « Je suis Tout », s'écrie-t-il ! « J'ai vécu seize mille ans, disait une de nos malades....., je suis du Xe siècle, du Ier siècle..... Je suis homme, je vais me marier avec mon frère ; je suis reine, sultane, duchesse, femme de plusieurs princes..., j'ai 1 500 milliards, des milliers d'enfants, des milliers de maris.....». Une autre prétend que « tous les empereurs de tous les pays, le pape, les évêques, la demandent en mariage ». L'absurdité des idées délirantes dépasse toutes les bornes : un malade se place devant une locomotive, persuadé qu'il va l'arrê-

ter ; un autre fait des projets de fortifications en fer soutenues dans l'espace ; une de nos paralytiques, déclare savoir toutes les langues et ajoute qu'elle possède un chien qui parle anglais, etc.

L'aspect du sujet est très caractéristique : expansif, rayonnant de joie, l'œil brillant, le visage animé, avec parfois, sur sa poitrine, les insignes de sa haute puissance, il est au comble de la félicité : « Je respire le bonheur », s'écrie-t-il ! Il chante et il rit, il fait part à tous ceux qu'il rencontre de sa situation grandiose : il a tous les talents, toutes les puissances, toutes les sciences ; il invite tous les assistants à son dîner de noces qui aura lieu le soir même, il élève tous ceux qui l'approchent aux plus hautes fonctions. Bruyants et loquaces, les malades étalent toutes les qualités du moi au point de vue physique, intellectuel et moral. Après avoir vanté leur force et leur beauté, (« voyez ces bras ! quelle vigueur ! quelles jolies dents ! »), ils passent à leurs talents : « je suis poète, littérateur », puis à leurs idées généreuses ; leurs sentiments philanthropiques prennent une envergure démesurée : ils veulent faire le bonheur de tout le genre humain, s'intitulent « Roi de la Bienfaisance », distribuent des millions sans

compter : « Je fonderai des hôtels pour tout le monde, s'écrient-ils....., chacun aura son équipage, ses chevaux..... ». Arrivent ensuite les rêves de fortune, l'or, les rubis, les diamants ; « ils sont les rois de la terre, » puis enfin tout s'embrouille et se confond.

Le paralytique n'est point touché par les objections et les contradictions ; il y répond en émettant des idées délirantes encore plus extravagantes. Il ne discute pas et procède par affirmation. Si l'on insiste, il répond sans s'émouvoir qu'il ne sait d'où lui vient cette fortune ; il faut le pousser pour lui faire inventer quelque histoire absurde qu'il trouve très satisfaisante : « c'est un héritage... on le lui a dit... ». Souvent il accepte l'interprétation quelconque qu'on lui propose : il a hâte de continuer la série de ses divagations délirantes.

Les allures des sujets ne sont nullement en rapport comme chez les délirants systématiques avec le contenu du délire. Le malade, au milieu de ses grandeurs surhumaines, reste habituellement très abordable : il ne sait pas se composer une attitude dédaigneuse comme les délirants chroniques ; il rend volontiers service ; il cause avec familiarité. Tel paralytique qui gouverne l'univers consent très volontiers à occuper ses

loisirs à des travaux infimes; tel autre, qui vient de prodiguer les millions, demande qu'on lui fasse cadeau d'un paquet de tabac. La mobilité et l'incohérence des idées se révèlent encore quand on voit tel sujet pleurer en affirmant qu'il est heureux, qu'il jouit des félicités célestes. Chez le paralytique point de conviction : il distribue les millions, les empires, à froid pour ainsi dire, sans émotion. Chez le délirant chronique le délire est un système, chez le paralytique ce n'est qu'un verbiage, auquel personne, pas même le malade n'est capable d'attacher de l'importance. Si, pendant que ce dernier parle de sa fortune, dénombre ses titres, énumère ses idées grandioses, on l'interrompt pour lui demander son métier, souvent on obtient une réponse exacte faite tranquillement : « Je suis cordonnier, homme de peine, » etc.

IV. Délire hypocondriaque. — Après le délire de grandeur, le plus important et le plus fréquent est le délire hypocondriaque (Baillarger); chez certains sujets, il constitue un signe précurseur de la maladie; chez tous, il présente un cachet spécial de démence. Parfois il s'agit plutôt, du moins au début, de préoccupations hypocondriaques que de véri-

tables conceptions délirantes ; ces malades exagèrent toutes leurs sensations ; ils se lamentent sans cesse : « ils sont usés, paralysés..., ils ont les mains cassées et les doigts grossis..... ». La plupart ne tardent pas à dépasser les limites du possible : ils se plaignent d'être bouchés, de ne plus pouvoir manger, « ça ne passe pas », disent-ils en portant la main au cou ; ils se refusent à avaler les aliments, persuadés que leur gosier est complètement obstrué. Ils prétendent aussi ne plus pouvoir uriner, ni aller à la selle ; ils se refusent à montrer la langue : « ils n'en ont plus » ; chez d'autres, cette même idée délirante entraîne le mutisme. Leurs membres sont changés, sont plus gros ou plus petits ; ils ont trois cous ; ils n'ont plus de cervelle, leur crâne est vide ; « on l'a rempli, disait l'un, avec du vin de Bordeaux », ils n'ont plus de nez. Quelques ques-uns croient sentir leurs aliments passer sous la peau ou sous leurs vêtements, ou s'échapper par une ouverture du gosier. D'autres disent avoir un ventre de violon, une langue de chrysocale ou de colle. Un malade prétend être plein d'eau et se refuse à boire disant que son lit va être inondé, que rien ne peut plus entrer dans son ventre. Il en est qui affirment qu'ils sont en putréfaction. Quelques-

uns croient pouvoir voler, racontent que depuis le veille ils ont rapetissé ou grandi d'un mètre, qu'ils ont changé de sexe ; d'autres se croient mous. Certains n'ont plus conscience d'une partie d'eux-mêmes qui leur est devenue étrangère. Parfois on observe des *idées de négation* : le malade ne sait ni où il est, ni qui il est ; « il n'est pas marié, n'a pas d'enfants, pas de nom, pas de pays ; il n'a plus rien ; il est mort », et il parle de lui-même à la troisième personne. Ces idées hypocondriaques doivent être attribuées pour une part aux altérations des sensibilités tactile et musculaire et des sensations internes qui émanent de tous les points de l'organisme (tube intestinal, organes génitaux, etc.) L'affaiblissement intellectuel laisse le champ libre aux interprétations les plus extravagantes.

Les conceptions hypocondriaques sont souvent mobiles, aussi rapidement acceptées que facilement abandonnées ; le sujet ne se soucie pas d'être logique dans son délire : il affirme, en prenant un air lamentable, qu'il ne peut se tenir debout ; quelques instants après, oublieux de sa mise en scène, il se met à marcher et à rire ; il ouvre la bouche et prétend que celle-ci est fermée ; un remède anodin remet souvent les organes en place et fait se desserrer la gorge. Quelques-uns

oublient leurs idées délirantes du jour au lendemain. Parfois surviennent des accès de désespoir et d'angoisse, avec des menaces de suicide ; le malade s'écrie qu'il va mourir : « il n'en a plus que pour deux heures », il dicte, les larmes aux yeux, ses dernières volontés ; quelques heures plus tard le moribond est redevenu souriant et jovial. Dans certains cas, cependant le délire hypocondriaque s'organise d'une façon plus permanente et plus systématique. Deux considérations peuvent expliquer ces faits : d'une part, les idées hypocondriaques ont, dans les troubles de la sensibilité, un substratum qui les rend moins mobiles, et d'autre part, la clinique montre que les sujets chez lesquels le délire revêt cette forme ont souvent des antécédents vésaniques.

Les idées hypocondriaques coexistent habituellement avec un état mélancolique, mais elles peuvent s'associer aussi à des idées de persécution, à des idées ambitieuses, alterner avec elles ou former un délire mixte : le malade a des billets de banque dans la tête ; une femme raconte qu'elle s'agrandit comme elle veut ; elle s'est débarrassée de sa première carcasse, elle s'est reconstituée tout entière ; elle va acheter deux livres de chair humaine pour se refaire des mollets ; elle se fera couper les pieds et les

mains pour en avoir d'autres plus petits etc. Nous devons ajouter, au point de vue du diagnostic, que l'absurdité des idées hypocondriaques des paralytiques peut parfois être presque atteinte dans les délires des dégénérés.

V. Délires mélancoliques. — Parfois, c'est un état de *dépression mélancolique* sans délire, caractérisé par l'inertie, le découragement : le malade se lamente sur sa situation, dont il a quelque conscience ; il n'a plus de goût à rien, il souhaite la mort. Tantôt il s'agit d'un véritable *accès mélancolique* accompagné d'idées de culpabilité et de ruine, de craintes de damnation, d'idées de suicide. Le patient exagère l'importance des fautes qu'il a pu commettre, ou s'accuse de crimes imaginaires : il a volé, il a fait des actes honteux ; il est ruiné, perdu, déshonoré, et demande à être mis en prison ; la physionomie exprime l'inquiétude, la tête est baissée, la voix éteinte. Des hallucinations pénibles entretiennent cet état délirant : le sujet entend des voix qui le menacent, qui lui défendent de manger. Dans des cas assez rares, ces troubles sensoriels, devenant très actifs, peuvent déterminer des accès d'angoisse : le malade s'agite, crie, marche jour et nuit, accomplit même parfois des tentatives de

suicide ou d'homicide. Des idées hypocondriaques viennent encore souvent renforcer le délire. Une coexistence plus singulière, et qui a son importance au point de vue du diagnostic, c'est celle d'idées de grandeur. La *stupeur mélancolique* peut aussi être observée : le malade est immobile, tantôt inerte, tantôt les membres raidis ; il est impossible d'obtenir de lui aucune parole ; les aliments sont refusés avec obstination.

Ces délires mélancoliques ont, en dehors de leur coexistence fréquente avec des idées hypocondriaques, certains traits particuliers. L'attitude des sujets n'est pas toujours en rapport avec leurs conceptions délirantes ; un cachet spécial d'illogisme et de niaiserie révèle l'affaiblissement intellectuel. On voit parfois, à une scène de violent désespoir, succéder un état de satisfaction ; les mobiles, comme les procédés d'exécution, des *tentatives de suicide,* d'ailleurs rares, de ces malades, sont généralement absurdes. L'un sourit en racontant qu'il voulait mourir ; l'autre confie qu'il a l'intention de se tuer parce que ses meubles, qu'il attendait, n'arrivent point ; celui-ci veut se noyer dans sa baignoire, plonge la tête, mais la sort ensuite pour respirer ; celui-là prend une attitude théâtrale et, d'un ton déclamatoire,

prévient le médecin qu'il veut se tuer. Une paralytique hallucinée entend dire « qu'ils se pendent » ; elle cherche à se pendre également « pour faire comme eux. » Une autre s'empresse d'annoncer à son mari qu'elle fait repasser un couteau pour se tuer. Une malade qui veut s'asphyxier par le charbon, ferme la clef de son poële, mais, réfléchissant que la fumée va noircir ses rideaux, elle va ouvrir la fenêtre ; un autre se jette à l'eau, puis regagne la rive, se souvenant qu'il était rhumatisant.

C'est surtout à l'occasion des accès mélancoliques que se révèle l'influence des prédispositions héréditaires (ascendants mélancoliques ou ayant accompli une tentative de suicide). Grâce à la diminution de la résistance cérébrale, l'influence psychopathique se traduit par ses productions délirantes spéciales. Chez ces sujets prédisposés, les idées mélancoliques, moins mobiles, peuvent rester invariables durant tout le cours de l'affection.

La paralysie générale à *manifestations intermittentes* est caractérisée dans la majorité des cas par l'alternance des formes dépressive et expansive (paralysie générale à forme circulaire). On voit, par exemple, la maladie débuter par un accès d'excitation maniaque accompagné d'idées de

grandeur qui dure quelques mois ; puis l'agitation et les conceptions délirantes disparaissent ; après une rémission de durée variable, grâce à laquelle le sujet a pu parfois être mis en liberté, on assiste à l'éclosion d'un délire tout différent, de couleur mélancolique, avec des idées hypocondriaques. Ces phases alternantes peuvent se reproduire un certain nombre de fois ; souvent, surtout quand les périodes mélancolique et expansive sont de courte durée, elles se succèdent sans intervalle appréciable ; chaque accès dure quelques jours, parfois même un seul jour, et l'on a peine à reconnaître le paralytique satisfait, expansif ou excité de la veille dans le malade hypocondriaque et mélancolique qui annonce en gémissant sa fin prochaine. Parfois le début de la maladie est signalé par un accès maniaque ou mélancolique qui paraît d'abord de nature purement vésanique : la guérison survient, puis éclate un accès délirant de couleur différente accompagné des signes habituels de la démence paralytique. Cette marche particulière des accidents vésaniques paraît le plus souvent liée à l'hérédité morbide.

Les *idées de persécution* sont relativement rares dans la paralysie générale. Elles peuvent se borner à des interprétations délirantes ; le malade

se plaint qu'on fait du bruit pour l'empêcher de dormir, il remarque des signes de mépris, etc. Dans certains cas cependant, elles se montrent très actives et s'accompagnent de troubles sensoriels (hallucinations prédominantes de l'ouïe et de la vue). Le sujet croit entendre des personnes le calomnier, l'injurier; quelques-uns prétendent qu'on cherche à les voler, à les empoisonner, qu'on les endort avec des poudres, qu'on en veut à leur existence, et ces idées délirantes provoquent des accès d'excitation ou des réactions spéciales : les malades déménagent, s'arment d'un revolver, vont se plaindre au commissaire. Là encore le paralytique se révèle par l'absurdité de ses actes; tel ce malade, qui sort dans la rue muni d'un revolver et d'un sabre, et demande à un sergent de ville, auquel il fait part de ses intentions homicides, la demeure de son persécuteur. Ces idées délirantes en général ne sont ni systématisées, ni stables; elles ne s'accompagnent point de cette conviction profonde que l'on trouve chez les délirants chroniques persécutés. Chez quelques paralytiques prédisposés par leurs antécédents vésaniques, à la période de début ou durant les rémissions, les idées de persécution se manifestent cependant parfois avec une certaine ténacité, et peuvent même, dans certains cas,

simuler un *délire de persécution systématisé*. L'un de nous a observé récemment un paralytique général en voie de rémission pour l'encéphalite interstitielle diffuse et chez lequel un délire de persécution s'était développé : le délire se systématisait d'autant mieux que l'amélioration augmentait. Deux fois un ictus étant venu aggraver la paralysie générale, le délire systématique s'effaça pour reparaître avec l'amélioration de la démence paralytique.

Des *idées religieuses* peuvent aussi se montrer ; dans certains cas les idées de grandeur ont une teinte mystique : le paralytique se prétend fils de Dieu, le grand Dieu de l'univers, la quatrième personne divine, l'amant de la Vierge, etc. Parfois les idées religieuses se montrent d'une façon plus indépendante : elles s'accompagnent alors souvent d'hallucinations de la vue et de l'ouïe; le malade voit Dieu, le Ciel, passe ses journées en prières, s'agenouille, prêche, entend la parole divine, et peut être porté quelques fois à commettre, sous l'influence de ses hallucinations, des actes dangereux.

Si on élimine les troubles sensoriels d'origine alcoolique que présentent parfois les paralytiques à leur entrée à l'asile, on peut dire que les *hallucinations* sont relativement peu fréquentes.

Quand elles existent, leur rôle acquiert rarement une grande importance ; dans des cas exceptionnels cependant elles dominent la scène, et par leur intensité, leur multiplicité et leur continuité, elles interviennent d'une façon très active dans la genèse des conceptions délirantes.

Les *hallucinations auditives* sont les plus fréquentes ; ensuite viennent les troubles de la sensibilité générale, les hallucinations génitales et olfactives. Les hallucinations de l'ouïe sont habituellement de nature pénible ; le malade entend des propos désobligeants ; on l'accuse faussement, on lui fait mille reproches. Parfois les hallucinations viennent confirmer les idées ambitieuses ; dans certains cas, elles semblent même apporter des éléments nouveaux au délire de grandeur. Chez d'autres, elles accompagnent le délire mélancolique ; le malade entend des choses tristes. Les illusions et les *hallucinations de la vue* sont tantôt analogues à celles de l'alcoolique, tantôt différentes de celles-ci. Un malade voit le ciel s'entr'ouvrir et Dieu assis sur un trône de diamants ; d'autres voient leurs parents, le diable ou des animaux fantastiques. Parfois c'est une couleur uniforme (noire, dorée, rouge) qui recouvre tous les objets. Les *hallucinations olfactives* et *génitales*, les *troubles de la sensibilité générale*

sont souvent de nature pénible et fournissent un appoint aux idées de persécution du malade, ainsi qu'à ses idées hypocondriaques. Le patient sent des odeurs infectes qui émanent de ses vêtements, ou croit boire des boissons délicieuses ; il s'imagine être électrisé, etc. Exceptionnellement, on a observé des *hallucinations motrices verbales* (P. Sérieux).

Les *idées obsédantes* et les *impulsions* sont très rares : elles ne se manifestent qu'au début de l'affection, et relèvent d'une prédisposition héréditaire morbide (dégénérescence mentale).

CHAPITRE IV

MARCHE. DURÉE. PRONOSTIC

Sommaire : I. *Marche* — Marche régulièrement progressive de la démence paralytique simple. — Prodromes. — Période de début : affaiblissement psychique généralisé, incoordination motrice ; combinaisons inégales de ces deux ordres de symptômes. — Période d'état : réunion de tous les signes essentiels de la démence paralytique. Habitus extérieur. — Période terminale : impossibilité de la marche. Gâtisme. — Mort. — Il n'existe pas de manifestations vésaniques caractéristiques pour les diverses périodes.

II.— *Terminaison.* — Mort : par marasme, attaques apoplectiformes ou épileptiformes, pneumonie, asphyxie par bol alimentaire, cystite, maladies infectieuses, (délire aigu).

III.— *Rémissions* : constituées ordinairement par la guérison des manifestations délirantes surajoutées, les symptômes essentiels (démence et paralysie) persistant. — Folie paralytique. — Cas exceptionnels de guérison.

IV. *Durée* : plusieurs années. — *Pronostic.*

La plupart des auteurs ont insisté sur les diverses variétés que peut présenter la paralysie générale au point de vue de ses symptômes, et sur les différentes périodes que l'on peut distinguer dans son évolution. Il nous semble qu'on a, en général, accordé trop d'importance à ces divisions quelque peu artificielles. Nous ne rappellerons que les variétés décrites par M. J. Falret qui, tenant compte du mode de début, en distingue quatre : deux dans lesquelles prédominent les symptômes physiques (variétés *paralytique* et *congestive*), et deux avec prédominance des symptômes psychiques (variétés *expansive* et *mélancolique*). Dans certains cas, des complications aiguës amènent une terminaison rapide, ce qui a sans doute donné l'idée d'une « paralysie générale galopante ».

On a décrit aussi une forme *féminine*. Mais dans cette dernière variété, on retrouve les caractères habituels de l'affection, et, si la forme de démence paralytique paraît un peu plus fréquente dans le sexe féminin, on y voit également les formes expansives et dépressives ordinaires. D'ailleurs la maladie ne subit pas dans sa marche de modifications dues à l'influence des fonctions physiologiques du sexe féminin. On observe seulement que le continu du délire se

ressent de préoccupations relatives aux fonctions sexuelles : ce fait ne nécessite pas la description d'une variété spéciale.

Une variété clinique plus importante est la forme *spinale* dans laquelle on constate la coexistence de troubles médullaires très accusés (ataxie locomotrice; contractures, etc,). Quand la paralysie générale n'apparaît que plusieurs années après l'affection médullaire, on a la variété dite *ascendante*.

I. Marche. — Pour se faire une idée exacte de la marche lente et progressive de l'encéphalite interstitielle diffuse, pour bien saisir, sous l'irrégularité des manifestations accessoires, l'évolution régulière de l'ensemble, l'uniformité du fond dans la variété des formes, il ne faut pas perdre de vue ce fait que, dans la paralysie générale, il y a deux maladies. L'une, principale, est la démence paralytique, permanente, progressive, à tendance fatale ; l'autre accessoire, irrégulière, passagère, se montre par saccades : la première a des lésions déterminées et des symptômes propres et constants (symptômes essentiels) ; l'autre, venant se greffer sur celle-ci, présente les manifestations les plus variées et les plus mobiles (symptômes accessoires : délires, etc.). C'est cette dernière qui donne à la paralysie générale cet aspect d'irrégu-

larité qu'elle présente au premier abord, quand, derrière ces troubles qui sont les plus apparents, on ne va pas rechercher les caractères fondamentaux.

Il y a lieu, de ne tenir compte, dans l'étude de la marche de la maladie, que des modifications qui surviennent dans les symptômes essentiels et constants : très irrégulière en effet si l'on tient compte des manifestations délirantes qui apparaissent et disparaissent sans ordre sur le fond de la démence paralytique, son évolution se montre au contraire uniforme et lentement *progressive*, si l'on n'envisage que la forme simple. Du jour où la démence paralytique s'est déclarée, elle poursuit sa marche jusqu'à la mort, sauf de rares exceptions. Pour la commodité de la description, on peut distinguer, en outre de la phase prodomique, trois périodes : de début, d'état et de terminaison.

Les *prodrômes*, habituellement insidieux, consistent en modifications légères de nature psychique, motrice, sensitive ou vaso-motrice. Les nuances intellectuelles échappent souvent aux yeux inexpérimentés ou, mal interprétées, sont attribuées à la neurasthénie. Parfois, le sujet a conscience de l'affaiblissement de ses facultés : il en résulte un état de légère dépres-

sion mélancolique (*stade hypocondriaque* de certains auteurs). A cette période peuvent déjà se montrer des troubles dus à des lésions de la moelle ou des nerfs : douleurs fulgurantes, névralgies, phénoménes pupillaires, paralysies des nerfs crâniens, etc. Cette phrase prodomique, à marche très lente, est, par ce fait même, plus facilement méconnue, et quand survient subitement soit un accès délirant, soit une attaque épileptiforme, l'entourage voit dans ces phénomènes les premiers symptômes de la maladie. En réalité, cette période est souvent assez longue, elle peut durer un an, deux ans, et même davantage.

La *première période*, ou période de début proprement dite, est caractérisée essentiellement par un affaiblissement psychique plus ou moins accusé, mais généralisé, et par l'incoordination motrice. Habituellement les phénomènes physiques et psychiques apparaissent simultanément et se combinent entre eux de façon inégale. Dans certains cas, les troubles de la motilité sont plus accusés et accaparent l'attention au point que de pareils sujets ne paraissent point de prime abord atteints d'une affection mentale ; dans d'autres, ce sont les troubles médullaires qui prédominent (forme spinale). Les malades peuvent, pendant plusieurs mois, vivre au milieu de leur famille,

se livrer à leurs occupations ordinaires si celles-ci n'exigent pas d'efforts intellectuels ; l'entourage ne remarque que de l'embarras de la parole, une démarche incertaine, du tremblement, des troubles de l'écriture, des douleurs fulgurantes, signes sur lesquels le sujet peut lui-même attirer l'attention. Mais il est rare que, déjà à ce moment, on ne puisse constater des modifications psychiques que leur apparence banale a laissé passer inaperçues, mais qui ont leur signification.

Chez d'autres paralytiques, les troubles moteurs, très peu accusés, s'effacent devant la gravité des désordres psychiques : ce sont des lacunes énormes de la mémoire, une insuffisance intellectuelle notoire, des actes scandaleux d'immoralité, etc. Il peut n'y avoir pas encore de trouble appréciable de la parole ; les phénomènes pupillaires, s'ils existent, ont besoin d'être recherchés d'une façon attentive. Les symptômes moteurs ne tardent pas en général à venir compléter le tableau clinique : souvent une attaque apoplectiforme ou épileptiforme se produit subitement et laisse après elle des paralysies incomplètes et passagères, de l'embarras de la parole, de l'incoordination motrice. A cette période de début on observe, en outre, des actes délictueux (phase médico-légale), des complications dues à l'into-

xication alcoolique, enfin des accès délirants de diverses natures.

A la *période d'état* on ne constate plus, comme parfois au début, la dissociation des divers symptômes : l'affaiblissement intellectuel va de pair avec les troubles moteurs ; les nuances tenant à la prédominance de tels ou tels symptômes s'effacent, les formes variées aboutissent au même aspect clinique de la démence paralytique, dont les signes essentiels sont alors au complet. Les phénomènes délirants surajoutés ne sauraient plus donner le change et masquer les symptômes de l'encéphalite interstitielle ; l'intelligence s'affaiblit rapidement ; une surveillance incessante devient nécessaire. A l'asile, le paralytique vit dans une inconscience plus ou moins complète de ce qui l'entoure. Son habitus extérieur, mélange d'hébétude et de satisfaction, le fait souvent reconnaître à première vue au milieu des autres aliénés.

Puis les symptômes moteurs s'accentuent encore : à l'incoordination psycho-motrice s'ajoute de la parésie ; le tremblement augmente l'incertitude des mouvements, Les attaques épileptiformes ou apoplectiformes deviennent plus fréquentes, et sont suivies d'une aggravation de tous les troubles. C'est la période par excellence

des manifestations délirantes : tantôt elles sont très accentuées et plus ou moins persistantes, tantôt ce ne sont que des idées confuses qui doivent être cherchées avec soin et qui ne modifient pas l'aspect de la démence paralytique. Parfois la marche de l'affection semble s'arrêter ; la paralysie générale se maintient stationnaire pendant plusieurs mois, un an et même plus, pour reprendre ensuite son évolution fatale.

La *troisième période* se caractérise par l'aggravation des phénomènes moteurs et de la démence : le malade a de la peine à se mouvoir, il traîne les jambes, s'appuie aux meubles ; par intervalles se produit de l'incontinence des urines et des matières. Puis arrive le moment où la marche devient impossible : le patient est condamné alors à l'immobilité sur un fauteuil ; plus tard il ne peut même plus garder la station assise : on est obligé de l'aliter. La parole devient inintelligible ; les mouvements sont de plus en plus difficiles. C'est la période du *gâtisme* permanent, de la dégradation intellectuelle poussée à son degré extrême, du *marasme paralytique*, période qui se termine par la mort.

C'est avec intention que nous avons laissé de côté, dans l'esquisse que nous venons de faire des phases de la paralysie générale, les accès

délirants qui peuvent se montrer au cours de la maladie. Aucun de ces troubles vésaniques ne constitue, en effet, un élément caractéristique d'une phase quelconque : ces manifestations accessoires se montrent indifféremment à quelque période que ce soit ; elles peuvent faire défaut, et, lorsqu'elles existent, leur aspect particulier est emprunté à l'affaiblissement intellectuel du sujet, plus ou moins prononcé suivant la phase de l'affection. C'est ainsi qu'à la période prodromique, l'intelligence n'étant touchée que d'une façon peu appréciable, le délire, quel qu'il soit, peut ne présenter aucun des signes habituels des conceptions délirantes de la paralysie générale et ressembler de tout point à un accès purement vésanique ; on conçoit dans ce cas la difficulté du diagnostic. A la période de début proprement dite, il existe déjà des lacunes psychiques qui impriment un cachet spécial aux idées délirantes ; à la période d'état, le délire exagère, pour ainsi dire, les défectuosités cérébrales, d'où ses caractères pathognomoniques bien connus. Ajoutons que ces poussées délirantes, bien qu'étant des phénomènes accessoires, impriment à la marche générale de la maladie une impulsion notable et hâtent sa terminaison fatale quand elles se répètent fréquemment. A la phase ultime,

le délire s'éteint à mesure que s'accroît la déchéance mentale. En résumé, les diverses périodes de la paralysie générale n'ont point de manifestations vésaniques caractéristiques pour chacune d'elles par la couleur spéciale de la conception délirante : un seul fait doit être retenu, c'est l'influence, sur la façon dont est formulé le délire, du degré de l'affaiblissement intellectuel.

II. Terminaison.— La guérison de la paralysie générale est tout à fait exceptionnelle ; dans l'immense majorité des cas, la maladie se termine par la *mort*. Les paralytiques meurent de façons très diverses : la terminaison la plus fréquente est causée par un état de *cachexie* profonde. Sous l'influence des lésions généralisées du système nerveux, la nutrition subit une atteinte des plus graves : tous les tissus, tous les viscères sont lésés ; toutes les fonctions sont compromises. Cette déchéance de l'organisme en son entier ne tarde pas à devenir incompatible avec l'existence ; il se produit de l'amaigrissement, de l'œdème des jambes, du muguet ; le pouls s'affaiblit, la température s'abaisse, et le paralytique s'éteint insensiblement dans le marasme. Viennent ensuite par ordre de fréquence pour les causes de mort, *les attaques*

apoplectiformes, puis les *attaques épileptiformes* ; ces ictus cérébraux, plus fréquents à la troisième période, peuvent se manifester à toutes les phases de la maladie et amener une terminaison fatale même à la période de début. Citons ensuite la *pneumonie.* Certains paralytiques meurent épuisés par une diarrhée chronique ou par la suppuration de leurs eschares. Ces dernières deviennent d'ailleurs de plus en plus rares grâce aux soins attentifs dont les patients sont l'objet, et parce que ces derniers, étant de moins en moins soumis aux agents de contention, ne sont plus condamnés à une immobilité qui était une des principales causes de la production de ces complications. Quelques-uns périssent brusquement, *asphyxiés* par la pénétration des aliments dans les voies respiratoires ; chez d'autres, survient de la *cystite purulente.*

Les *maladies infectieuses* (érysipèle, lymphangite, phlegmon, etc.), qui se déclarent dans un organisme aussi affaibli prennent rapidement une grande extension et sont souvent mortelles. C'est à des complications de nature infectieuse que sont dus certains accidents cérébraux suraigus (*délire aigu* avec hyperthermie et agitation maniaque intense, M. Briand).

III. Rémissions. — La marche de l'affection n'est pas toujours fatalement progressive : il est des cas, rares d'ailleurs, dans lesquels son évolution paraît subir un temps d'arrêt et parfois même rétrocéder. On peut considérer dans l'étude de ces *rémissions* deux ordres de faits dont l'interprétation diffère : tantôt il ne s'agit que de la disparition de certains troubles épisodiques (états délirants) ; tantôt, et ces cas sont plus rares, ce sont les symptômes essentiels (démence, paralysie) qui s'amendent, indiquant une marche régressive dans l'évolution de la lésion organique ou, plus vraisemblablement, la rétrocession des phénomènes congestifs surajoutés.

Pour les rémissions du premier groupe, on voit dans les formes délirantes de la maladie, plus particulièrement dans la forme expansive, l'excitation maniaque s'apaiser, le délire des grandeurs s'atténuer plus ou moins rapidement, puis disparaître : le sujet semble alors revenir à la raison ; sa physionomie et son attitude se modifient sensiblement ; il reconnaît avoir eu des troubles intellectuels ; il se rend compte de sa situation et paraît au premier abord complètement guéri. Grâce à l'éloignement de toute cause d'excitation, et à l'hygiène de l'Asile, le malade semble en état de reprendre ses occupa-

tions, et peut être mis en liberté. Si l'on examine plus attentivement le sujet en rémission, on s'aperçoit que les phénomènes délirants ont en réalité disparu ; mais d'autres symptômes persistent, plus ou moins accentués : ce sont les signes propres de la démence paralytique (affaiblissement de la mémoire, hésitation de la parole) ; leur permanence indique que la lésion anatomique est toujours présente. Ce qui a guéri, ce n'est donc point la démence, mais bien les phénomènes surajoutés, les délires accessoires.

L'aspect du malade diffère suivant la période de l'affection à laquelle se produit la rémission : tantôt (période d'état) il subsiste un affaiblissement intellectuel très accusé et le paralytique, s'il a cessé de délirer, reste un dément ; tantôt (période de début) on remarque une diminution de la mémoire, de l'intelligence, des modifications dans les aptitudes, le caractère, les allures ; (optimisme, indifférence, irascibilité). Parfois (période prodromique), ce ne sont que quelques signes isolés (inégalité pupillaire, accrocs de la parole) qui révèlent la persistance d'une lésion organique, et le malade peut reprendre sa profession. Ces derniers faits se rencontrent plus spécialement chez des sujets à antécédents héréditaires vésaniques : le délire débute chez eux

d'une façon précoce, d'où la durée inaccoutumée des rémissions et le retour des facultés intellectuelles à l'état normal. Dans certains cas très rares, on voit des rémissions assez accentuées se produire à la troisième période.

Les rémissions paraissent parfois en relation étroite avec l'apparition d'une affection incidente, ou sont consécutives à une suppuration prolongée; on a insisté sur l'influence favorable des maladies infectieuses, variole, érysipèle, tuberculose, etc.

Habituellement transitoires, les rémissions durent en général quelques mois, rarement un an ou deux, exceptionnellement trois ou quatre ans; puis une rechute se produit, annoncée par un accès délirant, une attaque épileptiforme, et la démence, un moment stationnaire, reprend sa marche progressive. Souvent par le fait seul des soucis et des fatigues qui attendent le malade à sa sortie de l'Asile, des excès auquels il se laisse entraîner, on voit la rechute se reproduire bientôt et l'affection évoluer rapidement.

Baillarger, dans le but d'expliquer les rémissions de la paralysie générale et aussi les pseudo-paralysies générales, admettait l'existence d'une vésanie spéciale, indépendante de la démence

paralytique et en même temps distincte des folies simples. Cette *manie congestive*, cette *folie paralytique* se distinguerait des états maniaques ordinaires par l'existence d'un élément congestif auquel seraient dus les troubles particuliers, moteurs et délirants, qui l'accompagnent (hésitation de la parole, inégalité des pupilles, troubles de la sensibilité, délire des grandeurs). La folie paralytique différerait aussi des formes purement vésaniques par la gravité de son pronostic; car, si dans certains cas elle tendrait à la guérison (pseudo-paralysie générale), d'autre part, elle pourrait aussi se répéter fréquemment et être suivie d'encéphalite interstitielle. La folie paralytique, comprenant toutes les formes vésaniques de la paralysie générale, viendrait souvent compliquer la démence paralytique préexistante ; c'est la guérison de cet accès de folie paralytique qui constituerait la rémission.

Les observations sur lesquelles repose cette théorie peuvent être interprétées autrement. En effet, chez les dégénérés, quelquefois aussi chez les intermittents, des accès maniaques ou mélancoliques peuvent survenir et s'accompagner d'idées hypocondriaques ou ambitieuses qui rappellent les conceptions des paralytiques. Parfois, surtout sous l'influence d'excès alcooli-

ques, ces sujets présentent de l'inégalité pupillaire, des troubles de la parole, et ressemblent plus ou moins à des paralytiques, mais les antécédents et la marche de la maladie permettent d'établir une ligne de démarcation.

A côté de ces cas dans lesquels la rémission est constituée par la disparition des manifestations vésaniques surajoutées, les symptômes essentiels persistant, il en est d'autres plus rares, où l'on voit les symptômes essentiels eux-mêmes s'amender. Exceptionnellement ces rémissions se maintiennent durant un nombre d'années illimité : les signes de la démence paralytique s'effaçant peu à peu, il devient difficile de ne pas considérer le sujet comme *guéri*. Nous avons observé deux cas indiscutables de ce genre.

L'un a trait à un homme d'une haute intelligence, qui a été l'objet de l'examen fréquemment répété de plusieurs médecins ; tous, devant la réunion des symptômes observés (hésitation de la parole, inégalité pupillaire, délire ambitieux des plus étendus avec ses caractères habituels), diagnostiquèrent la paralysie générale. Le malade guérit, put reprendre sa situation antérieure : aucune rechute ne se produisit. L'autre cas se rapporte à un artiste observé tout d'abord par Moreau (de Tours) et qui fut soigné au début à

Bicêtre : il présentait de l'affaiblissement de la mémoire, de l'embarras de la parole, de l'incertitude dans la démarche, des idées ambitieuses. A plusieurs reprises, des certificats d'incurabilité furent faits ; puis, considéré comme convalescent et inoffensif, il fut remis à sa famille qui le plaça en province, dans les meilleures conditions d'hygiène. Après quelque temps l'amélioration fut assez accentuée pour qu'il ait pu donner des leçons ; il fut même nommé professeur dans un Conservatoire de musique et s'acquitta de ses fonctions à la satisfaction de tous. Plus de onze années après sa sortie de l'asile, la guérison ne s'était pas démentie : il ne subsistait que de l'embarras de la parole.

IV. Durée.— La *durée* totale de l'affection, celle de ses diverses périodes sont variables dans des limites d'ailleurs peu étendues. Les chiffres moyens qui la traduisent aujourd'hui ne sont point identiques à ceux qu'avaient adoptés les premiers auteurs ; ce fait tient à ce que la première période, autrefois mal connue, passait inaperçue ; à mesure que la paralysie générale a été mieux étudiée, on a considéré sa durée comme de plus en plus longue. Bayle la fixait à un an, 18 mois ; v. Krafft-Ebing donne, comme durée moyenne,

3 années ; Chrichton-Browne, 4 ans ; pour Mendel, 80 pour 100 des paralytiques meurent dans les quatre premières années ; un tiers d'entre eux disparaît avant la fin de la deuxième année. Les chiffres précédents sont au-dessous de la réalité, si l'on tient compte de la période prodromique souvent longue.

On a signalé la lenteur de l'évolution dans la démence paralytique simple : on peut voir celle-ci durer 8 ans, 10 ans et même davantage. Il n'y a pas, dans ces cas, l'influence fâcheuse des complications délirantes qui peuvent entraver l'alimentation, priver le malade de sommeil ; les délires mélancolique et hypocondriaque sont plus particulièrement défavorables. Les soins, dont on entoure le sujet, prolongent la durée de l'affection en mettant le paralytique à l'abri des causes d'excitation (alcoolisme et excès de tout genre), et des complications qui peuvent survenir (eschares, ictus, etc.). La marche de la maladie est habituellement activée par les attaques épileptiformes ou apoplectiformes, par les poussées fébriles. On a prétendu que la paralysie générale évoluait plus lentement chez les sujets à tares nerveuses héréditaires que chez les autres : ces faits, s'ils sont exacts, peuvent être interprétés différemment. Il paraît vraisemblable que, chez un

héréditaire, dès les premières modifications organiques, un accès délirant ait pu signaler d'une façon précoce le développement du processus morbide, si bien que la période prodromique, habituellement insidieuse, n'a point passé inaperçue.

Pronostic. — Après ce qui précède, nous pouvons être très brefs sur le pronostic : sa gravité, évidente, ressort du nombre tout à fait exceptionnel des guérisons. En réalité, dans la pratique, le diagnostic de paralysie générale équivaut à un arrêt fatal. Cependant il faut tenir compte, à la première période, d'une part, des réserves qu'il y a lieu de faire sur le diagnostic, tant que ce dernier n'est pas solidement établi, d'autre part de la possibilité de rémissions plus ou moins longues. Rappelons que les rémissions sont plus fréquentes dans la forme expansive, et plus durables au début de la maladie. Au point de vue de la durée probable de l'affection, il est difficile de se prononcer : la marche est plus rapide quand les ictus cérébraux se renouvellent fréquemment, quand l'agitation suraiguë du patient ou son état de stupeur mettent obstacle à une alimentation régulière.

CHAPITRE V

—

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

SOMMAIRE : La lésion de la paralysie générale (sclérose du tissu interstitiel) s'étend à tout l'axe cérébro-spinal et aux nerfs : c'est une *encéphalo-myélite chronique interstitielle diffuse.*

I. *Cerveau.* A. *Lésions visibles à l'œil nu :* atrophie du cerveau, méningo-encéphalite ; ramollissement de la couche corticale. Adhérences, ulcérations. — Granulations ventriculaires. — B. *Lésions microscopiques :* de la *névroglie*, des *vaisseaux*, des *cellules* et des *fibres à myéline.*

II. *Bulbe. Moelle.* Myélites diffuses et systématiques (sclérose des cordons postérieurs et pyramidaux).

III. *Nerfs.* Névrites interstitielles des nerfs crâniens. Névrites périphériques.

Antériorité des lésions interstitielles et vasculaires.

Ce qui anatomiquement caractérise la paralysie générale c'est, ainsi que l'a démontré l'un de nous (Magnan, thèse, 1866) la diffusion de la

lésion au cerveau en son entier. La paralysie générale, ainsi considérée, ne peut plus être définie par l'altération isolée de telle partie limitée du cerveau ; ce n'est pas plus une *méningite chronique* qu'une encéphalite localisée à la couche corticale (*périencéphalite*) ; c'est au contraire une inflammation chronique généralisée de tout le tissu de soutènement des substances grise et blanche ; c'est une *encéphalite chronique interstitielle diffuse*, ayant pour dernier terme, comme toutes les scléroses, l'atrophie de l'organe. Bien plus, le processus morbide n'épargne aucun point de l'axe cérébro-spinal : il intéresse le bulbe, la moelle et les nerfs.

Cerveau. — A. Lésions visibles à l'œil nu. — Le *crâne* est parfois friable, souvent épaissi ; la *dure-mère* est tantôt distendue, tantôt ridée, trop développée pour son contenu notablement atrophié. Elle est parfois épaissie, adhérente au crâne, ou présente des plaques osseuses, des néo-membranes. Quand on l'incise il s'écoule une quantité de liquide variant de 50 à 250 grammes.

Le *cerveau* est *atrophié* : la diminution de poids peut dépasser 200 grammes ; les circonvolutions amaigries, linéaires, déprimées par places, laissent entre elles des sillons plus larges qu'à l'état normal. L'arachnoïde et la pie-mère

sont épaissies, œdémateuses, opalines : si l'on essaye de les séparer de l'écorce, ce qui est aisé à l'état normal, on entraîne avec les méninges une couche plus ou moins épaisse de substance corticale ramollie : la surface des hémisphères présente ainsi tantôt des *ulcérations* irrégulières, profondes, étendues, à bords nettement découpés, tantôt des *érosions* superficielles, limitées.

La consistance et l'épaisseur de la substance grise sont diminuées. Ces diverses altérations sont plus confluentes et plus accentuées au niveau des régions antérieures. Les *adhérences* de la pie-mère à l'écorce du cerveau (*méningo-encéphalite*) constituent le plus caractéristique des signes visibles à l'œil nu. Les ventricules sont dilatés et remplis de liquide : l'épendyme est hérissé de *granulations* très fines, d'aspect chagriné (aspect de langue de chat). Aucune de ses lésions n'est pathognomonique : chacune d'elles pouvant manquer dans la paralysie générale, ou se rencontrer dans d'autres affections, mais elles acquièrent une signification assez importante par leur ensemble et leur généralisation.

B. **Lésions microscopiques.** — Il existe une lésion inflammatoire, constante, dont l'intensité

est en rapport avec les progrès de la maladie et qu'on ne rencontre que dans cette dernière, généralisée au cerveau tout entier, à tout l'axe cérébro-spinal. Cette lésion consiste dans l'inflammation chronique du tissu interstitiel et des vaisseaux des centres nerveux : les éléments nerveux sont ensuite affectés, mais secondairement. La tendance à la généralisation de ces altérations est démontrée par la présence fréquente chez le même sujet de l'encéphalite interstitielle diffuse, de méningites chroniques cérébrales ou rachidiennes, de myélites interstitielles diffuses et enfin de névrites. Ces données anatomo-pathologiques ont permis à l'un de nous (Magnan, 1866-68) de définir la paralysie générale une *encéphalo-myélite chronique interstitielle diffuse*. Examinons successivement les altérations de la névroglie, des vaisseaux, des fibres et des cellules nerveuses.

Névroglie. Les cellules névrogliques sont plus abondantes qu'à l'état normal. Cette prolifération cellulaire est généralisée, mais elle est plus active dans la substance corticale, surtout dans la première couche de Meynert, et aussi autour des vaisseaux. On constate en outre, et c'est là un signe d'une irritation de la névroglie, que certaines cellules atteignent des di-

mensions énormes, jusqu'à 30 et 35 μ ; leurs prolongements sont plus nombreux et de dimension plus considérable (cellules araignées). On observe également dans l'écorce et dans la substance blanche une prolifération nucléaire : les noyaux sont tantôt disséminés, tantôt réunis en amas.

L'un de nous a étudié, avec M. Mierzejewsky, la nature histologique des granulations de l'épendyme ventriculaire, et montré leur relation intime avec les lésions de l'écorce. Des sections transversales des ventricules montrent à la surface de la coupe une couche d'un gris gélatineux qui peut atteindre au niveau du bec du calamus 3 millimètres d'épaisseur. De la surface libre de la section se détachent des saillies mamelonnées, et de sa couche profonde s'irradient des traînées irrégulières qui se perdent dans les parties voisines. Les granulations sont formées à la périphérie par une bande de tissu sclérosé, formant une sorte de coque fasciculée de la surface de laquelle partent, pour se diriger en dedans, des tractus nombreux munis de noyaux. L'encéphalite périépendymaire et l'encéphalite de la périphérie constituent deux vastes foyers d'irritation diffuse, pénétrant dans toute la masse cérébrale, gagnant les parties profondes

à la fois par la couche corticale, de la périphérie au centre, et par les ventricules du centre à la périphérie. Ces faits démontrent qu'il s'agit bien d'une encéphalite interstitielle généralisée.

Les altérations des *vaisseaux* (artérioles et capillaires) sont constantes et très précoces ; elles ne sont pas uniformément généralisées, bien que diffuses. L'inflammation chronique des vaisseaux se traduit par un épaississement de leurs parois et une prolifération très active de leur noyaux. Ils sont d'ordinaire injectés, variqueux, moniliformes ; leur diamètre est parfois doublé, ils peuvent présenter des anévrysmes miliaires fusiformes, des extravasations sanguines dans la gaîne adventice. On constate en outre de la diapédèse des globules blancs qui constituent quelquefois des manchons autour des vaisseaux, et forment même des amas cellulaires disséminés dans la substance grise. On a observé également une néo-formation de capillaires (Lubimoff, Mierzejewsky), la dilatation des gaînes lymphatiques, la présence de globules hyaloïdes (J. Dagonet).

Sous l'influence du travail inflammatoire, les parois vasculaires s'altèrent de plus en plus ; la tunique moyenne disparaît par places : il y a

de l'endartérite et de la périartérite, les parois prennent un aspect vitreux, homogène, puis subissent la *dégénérescence hyaloïde*, la *dégénérescence graisseuse*. Quand on isole les capillaires ils se présentent sous un aspect villeux, offrent des appendices filiformes, des faisceaux de fibrilles ramifiées appartenant à des cellules névrogliques. Ces diverses altérations sont notablement plus accusées dans l'écorce qui est sillonnée par de nombreux capillaires et par les prolongements de la pie-mère.

L'un de nous a étudié une altération vasculaire, non constante, la *dégénérescence colloïde*, due à l'action, plus accentuée sur certaines parties, du processus inflammatoire. La dégénérescence colloïde se montre dans les vaisseaux et dans les éléments nerveux ; à l'œil nu on constate dans la couche corticale une masse d'un volume variable, assez résistante, grisâtre à la coupe ; elle refoule par sa face interne la substance blanche sans s'unir avec elle, tandis qu'elle se confond peu à peu avec la substance grise voisine. Au microscope, on trouve les capillaires transformés en un cylindre hyalin, brillant, d'un blanc nacré, dont les bords sont par endroits bosselés et inégalement fendillés. La paroi des vaisseaux peut acquérir un développement énorme par

suite de leur infiltration par la matière colloïde; celle-ci peut rétrécir par ses bosselures le calibre du canal vasculaire, dépasser la gaîne lymphatique ; le capillaire est alors entouré par un manchon très irrégulier et très épais, composé de plusieurs couches concentriques.

Cellules nerveuses. — Les espaces péri-cellulaires sont dilatés et quelquefois remplis par un exsudat qui comprime les cellules. Celles-ci, souvent entourées de leucocytes, qui pénètrent parfois dans l'intérieur du protoplasma, sont tantôt plus volumineuses qu'à l'état normal, tantôt atrophiées, sclérosées, transformées en une masse homogène : le protoplasma est atteint de dégénérescence granulo-graisseuse ou pigmentaire ; quelquefois il semble formé d'une matière cireuse, ou renferme des masses sphéroïdales de substance hyaline (J. Dagonet). Les noyaux sont hypertrophiés ou atrophiés ; ils peuvent disparaître. A la dernière période les cellules pyramidales sont atrophiées, piriformes, pigmentées, sans prolongements ou avec des prolongements tantôt épaissis, tantôt amincis.

Fibres nerveuses. – Tuczek a découvert en 1882 la disparition, totale ou partielle, des fibres à myéline *intra-corticales* transversales, tangentielles et des fibres *sous-corticales*. Cette lésion,

plus accentuée à la région antérieure du cerveau, constitue pour l'auteur l'altération primitive de la maladie ; cependant elle a fait défaut chez des sujets morts au début de l'affection. La même lésion a été observée (Zacher, Kéraval, Targowla) dans d'autres états d'affaiblissement intellectuel (démence sénile, épilepsie, idiotie), mais elle n'est ni aussi étendue ni aussi constante que dans la paralysie générale. La disparition des fibres à myéline situées sous l'épendyme du quatrième ventricule a été décrite par Schütz.

Les noyaux gris centraux et en particulier la couche optique (Lissauer), les tubercules quadrijumeaux, les ganglions géniculés internes, les faisceaux du centre ovale, le cervelet présentent les lésions précédemment signalées (sclérose interstitielle, altérations vasculaires, foyers dégénératifs avec disparition des fibres à myéline et des cellules nerveuses), mais ces altérations sont en général moins accentuées.

Quoique diffuse, la sclérose interstitielle peut prédominer d'une façon plus ou moins active au niveau de tel ou tel point de l'axe cérébro-spinal, en donnant lieu à des symptômes qui se surajoutent aux signes habituels de la maladie (aphasies, monoplégie, troubles sensoriels, médullaires, etc.). Parfois l'encéphalite interstitielle

n'est pas seule en cause : il existe des lésions circonscrites (foyers de congestion, d'hémorragie méningée ou cérébrale, de ramollissement, d'encéphalite aiguë, etc.).

II **Bulbe. Moelle.** — On a rencontré, dans le *bulbe*, en outre des granulations ventriculaires, des altérations des noyaux de l'hypoglosse, du facial, du moteur oculaire externe (atrophie, dégénérescence graisseuse et pigmentaire des cellules).

Les altérations de la *moelle* sont constantes au moins dans les cas de longue durée. Elles se développent tantôt avant, tantôt en même temps que la lésion cérébrale, tantôt après. On observe, comme dans le cerveau, une sclérose diffuse accompagnée d'une prolifération des éléments de la névroglie, des cellules araignées et d'une hypertrophie des vaisseaux ; les altérations parenchymateuses (fibres et cellules), sont consécutives aux lésions interstitielles. Suivant la prédominance du processus irritatif on constate des *myélites diffuses périépendymaire, annulaire*, avec une *méningite chronique rachidienne*. En outre des myélites diffuses, on rencontre des *myélites* plus ou moins *systématiques* portant sur les faisceaux pyramidaux, et surtout

sur les cordons postérieurs (Westphall, Magnan, 1865-76). L'un de nous a montré, il y a longtemps déjà, l'importance de ces faits au point de vue de la conception anatomo-pathologique de la paralysie générale. Les observations récentes de M. F. Raymond et de M. Nageotte viennent à l'appui de la théorie que nous avions émise sur les rapports étroits des lésions médullaires et cérébrales dans l'encéphalo-myélite interstitielle.

III Nerfs. — L'existence assez fréquente de *névrites interstitielles* démontre la diffusion extrême du processus morbide. Les *nerfs optiques* sont assez souvent atteints ainsi que les bandelettes : ils sont atrophiés, grisâtres. Ils présentent une véritable sclérose plus accusée à la périphérie ; par sa couche profonde cet anneau scléreux donne naissance à de larges cloisons. Celles-ci pénètrent dans l'épaisseur du nerf, s'unissent à de gros îlots de tissu interstitiel d'où s'irradient des travées plus ou moins volumineuses, limitant des espaces très irréguliers où se trouvent pressés les uns contre les autres de rares tubes nerveux et des cylindres d'axe dépouillés de leur gaîne. Les vaisseaux sont nombreux, leurs parois très épaissies ; les noyaux de celles-ci se sont

multipliés. Le tissu interstitiel est ondulé par places, et présente en quelques endroits, au milieu des fibrilles, une multiplication énorme d'éléments embryonnaires et de corps granuleux.

Ces névrites interstitielles mettent en évidence le fait, déjà signalé, du développement plus considérable de la lésion dans les régions où prédominent les vaisseaux et le tissu interstitiel.

Les nerfs *olfactifs*, les nerfs *moteurs de l'œil*, le *trijumeau*, l'*auditif* peuvent présenter des lésions identiques.

On a noté également l'existence de névrites parenchymateuses des *nerfs cutanés* et *intramusculaires*, des altérations interstitielles du *grand sympathique*, des *racines antérieures* et *postérieures* de la moelle.

On s'est demandé quelles étaient les étapes successives du processus. Certains auteurs (Tuczek, Meschede, Wernicke, Strümpell, Joffroy) admettent que la dégénérescence atrophique des fibres et des cellules nerveuses est le fait primordial, la prolifération névroglique et les lésions vasculaires étant secondaire. Pour nous, l'antériorité des lésions interstitielles (altérations névrogliques et vasculaires) ne fait aucun doute, elle est acceptée ausssi par Mierzejewsky, Lu-

bimoff, Mendel, Wiglesworth : les éléments nerveux (cellules et fibres) ne sont atteints que secondairement. Nous ne pouvons insister ici sur cette question ; nous dirons seulement que si les lésions des éléments nerveux étaient primitives, on comprendrait plus difficilement les rémissions que peut présenter la maladie. La thèse que nous défendons s'appuie d'ailleurs sur des faits anatomo-pathologiques : des autopsies faites aux diverses périodes de la maladie ont montré l'antériorité des lésions vasculaires et interstitielles.

CHAPITRE VI

—

DIAGNOSTIC

SOMMAIRE : I. *Psychoses simples. Accès maniaques.* Excitation maniaque avec *bouffée délirante de grandeur des dégénérés. — Etats mélancoliques. — Délire hypocondriaque.* — Folies intermittentes. — Délire chronique à évolution systématique. Délires systématisés des dégénérés. — Dans ces formes, absence d'affaiblissement psychique généralisé et de symptômes physiques cérébraux, médullaires ou nerveux : importance des renseignements. — Epilepsie.

II. *Intoxications. Alcoolisme* : peut *masquer*, *produire* ou *simuler* la paralysie générale. Les *pseudo-paralysies générales*, repoussées par la clinique, doivent être réparties en trois groupes de faits : 1° paralysie générale consécutive à l'alcoolisme chronique ; 2° démence alcoolique ; 3° dégénérescence mentale mise en activité par l'alcoolisme. — *Démence alcoolique.* — Autres intoxications.

III. *Lésions cérébrales circonscrites* (Foyers de ramollissement, tumeurs). Points communs. Différences : âge, nature des troubles moteurs (paralysie), leur localisation ; empâtement de la parole ; affaiblissement psychique partiel et non généralisé. Délires. Marche. — *Syphilis cérébrale.*

IV. Sclérose en plaques. — Démence vésanique. — Démence primitive aiguë. — Démence sénile. — Neurasthénie.

La paralysie générale se présente avec des caractères tellement tranchés à la deuxième et à la troisième période qu'habituellement le diagnostic n'offre pas de difficulté. Il n'en est pas de même à la première période où l'on peut prendre la maladie pour une psychose simple : le diagnostic à la période de début est un des points les plus délicats, les plus importants aussi de la psychiatrie. C'est à cette phase en effet que l'on peut, avec le moins de chances d'insuccès, utiliser les ressources de la thérapeutique, tout en écartant les médications intempestives, et que l'on est en droit d'espérer une rémisson. C'est dès cette période aussi qu'il est indispensable de conseiller les mesures de surveillance nécessaires : bien des désastres seraient évités si l'intervention suffisamment hâtive du médecin venait avertir la famille que telles spéculations aventureuses, loin d'être le résultat de

combinaisons adroites, ne sont que les effets d'une imagination maladive. Bien des malheureux aussi seraient affranchis des rigueurs de la Justice, si un examen médical venait montrer dans la démence paralytique l'unique cause de leurs actes répréhensibles.

Avant d'aborder l'examen des psychoses et des affections cérébrales organiques qui peuvent simuler la paralysie générale, appelons l'attention sur l'importance, au point de vue du diagnostic, des renseignements fournis par l'entourage du sujet. Quel était l'état mental antérieur du malade ? S'agit-il d'un dégénéré, d'un alcoolique, d'un syphilitique, ou d'un individu jusqu'alors normal ? A-t-on constaté des ictus apoplectiques, des troubles moteurs passagers, des lacunes de la mémoire, des anomalies du caractère comme signes précurseurs éloignés de l'accès délirant actuel ? Autant de questions dont la solution permettra de résoudre des problèmes pour lesquels le seul examen du malade lui-même serait insuffisant.

La paralysie générale se distingue des psychoses simples, par l'association, aux altérations psychiques, de symptômes moteurs et sensitifs, relevant de lésions du cerveau, de la moelle ou des nerfs. D'autre part, la démence paralytique

se sépare des troubles psychiques dus à des lésions cérébrales circonscrites par l'affaiblissement en masse des facultés opposé à leur affaiblissement partiel, par la généralisation des désordres moteurs opposée à leur localisation, enfin par la nature de ces derniers : *incoordination* généralisée dans l'encéphalite diffuse, *paralysie* localisée dans les lésions circonscrites. Ajoutons qu'il faut connaître la possibilité de la *coexistence* avec la paralysie générale d'autres espèces cliniques, telles que le délire alcoolique, l'hystérie, l'épilepsie, les lésions en foyers du cerveau (ramollissement, sclérose en plaques, etc.). Dans ces cas complexes, les deux affections associées évoluent parallèlement en gardant leurs symptômes propres.

I. Psychoses simples. — Il faut distinguer les *accès maniaques* des paralytiques des *états analogues* qui se rencontrent en dehors de la démence paralytique ; ces derniers, simples troubles fonctionnels, indépendants d'une lésion organique, surviennent chez des prédisposés sous l'influence d'une cause occasionnelle et se terminent habituellement par la guérison. La forme et l'intensité de l'état maniaque ne fournissent que rarement des indications. Tantôt il

ne s'agit que d'un état d'*excitation intellectuelle* compatible encore avec la vie commune, tantôt c'est un *accès maniaque* véritable avec un désordre très accusé des opérations intellectuelles. Cependant l'*agitation maniaque suraiguë*, avec abolition presque complète de toute activité psychique, accompagnée de gesticulations incessantes, automatiques, est plus fréquente dans l'encéphalite interstitielle. Habituellement aussi, le paralytique maniaque ne présente point la fertilité délirante brillante du maniaque simple : son imagination est rarement, comme chez ce dernier, riche en trouvailles ingénieuses ; le paralytique est d'ordinaire incapable de suivre une série déterminée d'idées ; en outre, il n'est ni convaincu ni tenace dans ses projets. Enfin il est rare que les accès de manie de la paralysie générale ne s'accompagnent pas, plus ou moins rapidement, d'idées ambitieuses.

Le diagnostic n'en reste pas moins parfois indécis au début, surtout si les renseignements font défaut : l'excitation intellectuelle du sujet ne permet pas, en effet, de se rendre compte de son niveau mental ; la mémoire, dont les troubles donnent d'utiles indications, est difficilement mise à l'épreuve. Ce sont alors les signes physiques qui fournissent des éléments au diagnos-

tic : une hésitation de la parole surprise par intervalles, l'inégalité ou l'immobilité des pupilles, l'abolition ou l'exagération des réflexes, le tremblement de la langue, un certain degré d'incertitude dans les mouvements feront craindre l'encéphalite diffuse ; mais de tous ces signes il n'y a en réalité que les *accrocs de la parole* qui aient une valeur réelle. Les renseignements ont aussi une importance capitale : l'existence d'attaques apoplectiformes ou épileptiformes antérieures permettra presque d'affirmer une lésion cérébrale ; on recherchera, en outre, si des signes d'affaiblissement intellectuel, des troubles médullaires, des paralysies des muscles de l'œil n'ont pas précédé l'éclosion du délire. Mais il faut savoir que chez certains paralytiques prédisposés, des manifestations délirantes peuvent éclater à la période prodromique, alors que les signes d'affaiblissement psychique et les troubles moteurs sont à peine perceptibles.

Pour ce qui est du *délire des grandeurs*, on sait que cette modalité délirante peut se manifester dans diverses affections organiques du cerveau (syphilis cérébrale, lésions circonscrites, etc) et constituer aussi un symptôme de certaines psychoses simples. On se gardera donc bien d'affirmer la paralysie générale d'après la couleur du

délire ; on la soupçonnera si les conceptions délirantes affectent nettement le caractère démentiel. Ce qui importe alors, ce n'est point la forme ambitieuse de l'accès délirant, mais les caractères spéciaux que doit celui-ci à l'état d'affaiblissement psychique sur lequel il s'est développé : la démence paralytique se révèle dans l'absence de systématisation, dans les contradictions, les absurdités choquantes, l'incohérence et la mobilité des idées de grandeur. Les *bouffées ambitieuses avec excitation maniaque* des dégénérés sont, à ne considérer les choses que superficiellement, assez analogues à la forme expansive de la paralysie générale : même exubérance, même désordre dans les conceptions ; les idées de grandeur peuvent de même être plus ou moins incohérentes, bien qu'elles atteignent rarement, à la vérité, la mobilité et la niaiserie du délire des paralytiques, et qu'elles présentent habituellement quelques tendances à la systématisation. Parfois il existe de l'inégalité pupillaire. L'étude des anamnestiques si importante chez les paralytiques, celle des antécédents héréditaires pourront aider à distinguer ces formes, souvent curables, de la paralysie générale.

S'agit-il d'un individu n'ayant pas dépassé 25 ans, issu d'ascendants aliénés, porteur de si-

gnes physiques de dégénérescence, ayant déjà déliré ou donné des marques d'une déséquilibration mentale native, on pourra penser à une psychose de dégénéré. Apprend-on que l'affection a débuté subitement, qu'elle n'a pas été précédée d'une diminution de la mémoire et de l'intelligence, d'une modification du caractère, d'attaques congestives ; observe-t-on la coexistence d'idées actives de persécution, d'hallucinations multiples ; le sujet cherche-t-il, par moments à expliquer son délire ; les réflexes pupillaires sont-ils conservés, la démarche normale, et surtout la parole non hésitante, les chances de paralysie générale diminueront d'autant. Cependant, chez des paralytiques prédisposés par l'hérédité morbide, le délire pouvant précéder l'affaiblissement intellectuel et l'incoordination motrice, une observation prolongée sera parfois nécessaire : on s'informera s'il n'y a jamais eu de gêne passagère de la prononciation ; parfois on apprendra du malade lui-même qu'il a eu par moments « la langue paralysée » ; on le fera écrire, et on comparera ses lettres avec celles antérieures à l'accès, afin de rechercher les modifications psychiques et motrices du langage écrit ; on le fera longuement causer ou lire à haute voix, pour surprendre un

accroc de la parole ou des lacunes de la mémoire.

Si, au contraire, il s'agit d'un adulte ayant, plusieurs mois avant de délirer, présenté de l'amnésie, des ictus cérébraux, on pourra éliminer l'hypothèse d'une psychose simple, pour penser à un état délirant greffé sur une affection cérébrale organique. Si l'affaiblissement psychique se montre généralisé, s'il y a une transformation radicale de la personnalité (actes d'indélicatesse, d'immoralité commis par un sujet jusqu'alors honnête), si le malade est devenu indifférent et apathique, si l'on constate, en outre des symptômes psychiques délirants et démentiels, de l'incoordination motrice sans paralysie localisée, des troubles pupillaires, de l'hésitation de la parole, on pourra éliminer les lésions cérébrales circonscrites, et affirmer l'existence de l'encéphalite diffuse, à moins qu'il ne s'agisse d'un alcoolique ou d'un syphilitique, cas dans lesquels, ainsi que nous le verrons ultérieurement, un examen plus approfondi sera nécessaire. Nous reviendrons plus loin sur les délires systématisés de grandeur, et ensuite, à propos des délires provoqués par l'intoxication alcoolique, sur le diagnostic des psychoses des dégénérés.

Pour les *états mélancoliques* les difficultés peuvent être assez sérieuses ; on a souvent de la peine à obtenir des réponses, à éprouver la mémoire. Il importe cependant de distinguer les mélancolies simples, d'ordinaire curables, des délires mélancoliques symptomatiques de la démence paralytique. S'il s'agit d'un sujet plongé dans la *stupeur*, le diagnostic doit souvent être réservé ; l'immobilité complète, le mutisme volontaire ne permettent point de rechercher l'existence de l'incoordination motrice, de l'hésitation de la parole. Le tremblement de la langue, l'inégalité pupillaire, le gâtisme, les troubles de la sensibilité, signes qui feraient volontiers soupçonner la paralysie générale, perdent ici de leur signification par leur présence chez des mélancoliques non paralytiques. La diminution de la mémoire, l'absence de cause occasionnelle pour le développement de l'accès, son début à l'âge adulte chez un sujet jusqu'alors normal, les caractères habituels des délires de la paralysie générale (incohérence et niaiserie), ceux des réactions délirantes (tentatives de suicide ridicules), ces diverses considérations peuvent servir au diagnostic. L'existence de certains troubles pupillaires (inertie, myosis), l'absence ou l'exagération des réflexes tendineux, la ré-

tention des urines, seront en faveur d'une lésion organique. Enfin, à défaut de renseignements sur le début de l'affection, l'étude quotidienne du malade fera souvent découvrir dans son attitude quelques traits qui ne cadrent pas avec l'hypothèse d'une mélancolie simple : parfois on le verra sourire ; parfois encore, au sortir d'une période de mutisme, il manifestera quelques idées ambitieuses ou hypocondriaques absurdes, ou présentera de l'hésitation de la parole.

Les *idées hypocondriaques* doivent toujours faire penser à la paralysie générale, surtout quand elles apparaissent pour la première fois à l'âge adulte. Mais leur signification ne doit pas être exagérée. Ces idées délirantes peuvent se montrer, rarement d'ailleurs avec la même absurdité que dans la démence paralytique, chez des dégénérés (obsessions hypocondriaques), et chez des malades atteints de lésions cérébrales circonscrites. Comme toujours le diagnostic sera basé sur l'examen approfondi de l'état mental et des signes physiques.

Pour les *folies intermittentes* (folies périodique, alterne, circulaire, double forme), quand l'histoire clinique du sujet est bien connue, l'erreur est impossible par le fait même de l'existence d'une série d'accès délirants à début

brusque, suivis d'un retour complet à la raison ; dans le cas contraire, le malade se présente parfois avec les allures d'un paralytique expansif : actif et entreprenant, il fait mille projets, se croit appelé à de hautes destinées ; il peut exister de l'incohérence, de la mobilité dans les idées délirantes. Chez certains anciens intermittents, on constate même de l'inégalité pupillaire, des idées ambitieuses et des préoccupations hypocondriaques analogues à celles de la paralysie générale, et exceptionnellement des accidents congestifs : il faut alors recourir à l'étude des antécédents et de la marche de la maladie.

Il est des aliénés chroniques, hallucinés ou non, qui présentent des *idées de grandeurs systématisées* : ils se proclament de race royale, réclament les millions qui leur reviennent, ou se figurent être doués de pouvoirs surnaturels. Loin d'avoir la bonhomie et aussi l'absurdité du paralytique ambitieux, ils sont hautains et pleins de morgue. Leur intelligence est intacte ainsi que leur mémoire, ils savent fournir à l'appui de leur délire des arguments témoignant de leur activité mentale. Ces délires systématisés de grandeur ne sauraient être confondus avec les idées délirantes de couleur identique des pa-

ralytiques. Ces derniers, à part quelques cas exceptionnels, n'ont point dans leurs conceptions la logique et la coordination des délirants systématiques ; ils ne savent point défendre leurs idées délirantes ; celles-ci, dont la genèse est toute différente, sont des plus mobiles. Ces délires systématisés se distinguent encore par leur marche et leur durée : les uns, en effet, peuvent guérir (*délires des dégénérés*), les autres (*délire chronique à évolution systématique*), résultat d'une longue élaboration délirante, durent vingt ans et même davantage sans compromettre l'existence. Enfin, dans ces psychoses, il n'y a ni troubles moteurs, ni affaiblissement intellectuel (sauf dans les phases ultimes) ; toute erreur de diagnostic est donc presque impossible.

Les ictus épileptiformes de la paralysie générale simulent parfois l'*épilepsie* et peuvent se montrer à l'état isolé, comme signes précurseurs. L'apparition des phénomènes convulsifs à l'âge adulte, l'affaiblissement intellectuel accentué qui suit chacun d'eux, feront soupçonner l'existence d'une lésion cérébrale. D'autre part, chez des épileptiques simples, à la suite d'accès convulsifs, on peut observer de l'inégalité pupillaire, de l'incontinence des matières, du tremblement de la langue, de l'embarras de la parole, des pa-

ralysies localisées très fugaces, des troubles de la sensibilité, un état d'obtusion intellectuelle avec amnésie. Ces symptômes auxquels vient parfois s'ajouter un accès délirant sont, en général, passagers ; dans des cas exceptionnels, l'embarras de la parole dure un certain temps, mais l'état de l'intelligence empêche les erreurs.

La répétition prolongée des accès épileptiques peut être suivie d'une déchéance intellectuelle accusée. Cette *démence épileptique*, à la faveur de laquelle des idées délirantes peuvent se développer, se distingue de la paralysie générale par son évolution et par l'absence de troubles moteurs.

II. Intoxications. — L'intoxication alcoolique, tantôt *produit* la paralysie générale, tantôt elle en *simule* les symptômes, tantôt, au contraire, elle les *masque*.

L'intoxication chronique par l'alcool et, chez certains prédisposés, une intoxication aiguë peuvent réaliser un ensemble symptomatique dont les allures ressemblent parfois à celles de la paralysie générale. On a englobé sous la dénomination fâcheuse de *pseudo-paralysie générale alcoolique*, des espèces morbides très diverses en réalité au point de vue clinique : elles peuvent être répar-

ties dans trois groupes. Le premier comprend les sujets qui, à la suite d'excès alcooliques prolongés, sont devenus paralytiques généraux. Dans un autre groupe prennent place les alcooliques chroniques tombés dans la démence; dans un troisième, les prédisposés qui, sous l'influence d'excès de boissons, peuvent, en l'absence de renseignements, et à ne les considérer qu'à un moment de leur évolution, paraître atteints de paralysie générale, mais qui guérissent rapidement.

Avant d'examiner ces formes, nous dirons un mot des cas dans lesquels, sous des *accidents alcooliques aigus*, se dissimule la démence paralytique. Les excès de boissons, fréquents à la période de début, font naître parfois un accès de délire alcoolique dont les symptômes bruyants (hallucinations de la vue, confusion dans les idées, tremblement généralisé) masquent, pour ainsi dire, les symptômes de la démence paralytique, souvent encore peu accusés, et rendent impossible une appréciation exacte du niveau intellectuel. Les signes de la paralysie générale ne se révèlent qu'après la disparition des phénomènes toxiques. La connaissance de ces faits oblige le médecin, en présence de certains délirants alcooliques, à réserver son dia-

gnostic pendant un temps d'ailleurs limité. S'il s'agit en effet d'un accès purement alcoolique, les symptômes ne tardent pas à s'effacer : la parole devient libre, la mémoire et l'intelligence sont intactes.

Examinons maintenant l'affaiblissement progressif des facultés consécutif à l'*alcoolisme chronique*. L'alcoolique chronique s'achemine habituellement, de chute en chute, vers la démence. On voit l'intelligence et la mémoire s'affaiblir, l'imagination s'éteindre, le cours des idées se ralentir, le jugement devenir moins sûr, les sentiments moraux et affectifs s'émousser, le caractère se modifier. A ce moment se montrent aussi des fourmillements et des crampes dans les membres, de petits *ictus* apoplectiformes (étourdissements) ou épileptiformes, s'accompagnant tantôt d'une parésie passagère d'un membre, tantôt d'empâtement et de gêne de la parole. Le patient entre parfois à l'asile, stimulé par un accès passager de délire alcoolique, lequel, en outre des hallucinations caractéristiques, peut s'accompagner encore de préoccupations hypocondriaques, d'excitation maniaque, d'idées ambitieuses, mélancoliques ou de persécution ; l'empâtement de la parole associé au tremblement alcoolique peut ressembler à l'hésitation

caractéristique du paralytique ; parfois aussi les pupilles sont inégales. Le diagnostic est difficile en l'absence de renseignements : une erreur peut alors être commise, non point parce qu'on a affaire à un malade atteint de « pseudo-paralysie générale », mais parce qu'on manque d'éléments suffisants pour établir, à l'arrivée même du patient, la nature réelle de l'affection. Ces erreurs sont, au contraire, fort rares quand le sujet peut être examiné à loisir.

A un degré plus avancé, la vie intellectuelle de l'alcoolique chronique s'éteint chaque jour : indifférent, apathique, hébété, le sujet ne prend aucun soin de sa personne, n'a nul souci de ses affaires ni de sa famille ; la mémoire est parfois considérablement diminuée, le sens moral oblitéré ; le malade, ainsi qu'un paralytique, commet, sans en avoir conscience, des actes répréhensibles. Cependant il est rare de constater un effondrement de l'intelligence aussi généralisé que chez les paralytiques : ces sujets peuvent encore suivre une idée, et montrer un certaine habileté quand il s'agit de satisfaire leur appétit pour la boisson.

Chez ces déments alcooliques, les conceptions délirantes sont mal systématisées ; toutefois, on voit parfois prédominer quelques idées mélanco-

liques, des idées de persécution et de jalousie, accompagnées souvent d'hallucinations. La marche de cette démence est plus lente que celle de la paralysie générale : quand les lésions ne sont pas très avancées, les symptômes restent longtemps stationnaires, grâce à l'hygiène de l'asile ; une amélioration peut même se produire.

L'alcoolisme chronique, en outre des lésions disséminées peu étendues, mais nombreuses, qui peuvent donner lieu à des troubles intellectuels simulant la démence paralytique, détermine des lésions plus accentuées, nettement circonscrites, d'où résulte une symptomatologie fort complexe, réclamant une longue observation et une analyse des plus attentives. Mais le fait important c'est qu'on ne trouve, chez ces alcoolisés chroniques, ni l'hésitation spéciale de la parole, ni la démence généralisée du paralytique.

Chez d'autres sujets, l'alcoolisme chronique détermine l'encéphalite interstitielle diffuse (voir *Etiologie*). Cette évolution se fait d'une façon progressive, mais quelquefois, comme, du reste, à la première période de toute paralysie générale, il y a, sous l'influence de l'internement, une amélioration qui permet la sortie du malade. Cette rémission se produit d'autant plus aisément que l'aggravation passagère est due elle-

même à une cause qui a disparu, l'abus de boissons. Si l'observation s'arrêtait là on pourrait dire « pseudo-paralysie générale » ; mais au bout d'un temps variable on assiste au retour définitif de la maladie : certains de ces « pseudo-paralytiques » que l'on donne comme guéris après chacun de leur accès, terminent leur soi-disant « pseudo-paralysie générale » par une paralysie générale confirmée.

Dans une troisième catégorie de faits, les rechutes sont tellement nombreuses que les malades comptent dix, quinze entrées dans les asiles ; ils se présentent toujours avec les allures de paralytiques sans marcher néanmoins, comme les sujets précédents, ni vers la démence, ni vers la paralysie générale. Ces alcoolisés sont des *dégénérés* chez lesquels l'alcool, véritable pierre de touche, a une action spéciale, et donne lieu à des accès délirants ayant de nombreuses analogies avec ceux de la paralysie générale. Le délire, très accusé, s'accompagne de troubles à peine apparents de la motilité. Cette susceptibilité psychique spéciale protège le malade par le fait même de cette éclosion délirante rapide contre des abus considérables. D'autre part, la durée plus longue de l'accès à l'asile rétablit plus complètement l'équilibre ; et ainsi s'explique l'appa-

rente immunité de ces sujets qui peuvent impunément compter de très nombreux accès de délire alcoolique. Sous l'influence d'un appoint alcoolique, une bouffée délirante toxique se produit, mais avec elle se développe souvent un délire polymorphe (ambitieux, mystique, hypocondriaque, de persécution), délire incohérent et mobile. Quelques malades présentent une certaine gêne de la parole, de l'inégalité pupillaire. D'autre part, on apprend parfois qu'ils ont été arrêtés ne pouvant payer un fiacre, une dépense de restaurant : tous ces faits donnent l'idée d'une paralysie générale. Comme l'amélioration est obtenue après quelque temps de séjour à l'asile, on dit encore « pseudo-paralysie générale, » tandis qu'il s'agit de dégénérescence mentale mise en activité par un stimulant alcoolique.

En résumé, trois groupes de faits existent (démence alcoolique, paralysie générale, dégénérescence mentale), dans lesquels, par suite d'un appoint alcoolique, des individus affectés de maladies très différentes peuvent présenter des symptômes en apparence semblables, d'où des difficultés très grandes de diagnostic. Faut-il couvrir d'un voile ces difficultés en englobant tous ces cas sous la dénomination de pseudo-paralysie générale alcoolique ? Mieux vaut étu-

dier ces faits plus complètement ; c'est ainsi que les erreurs deviendront des exceptions.

L'*intoxication chronique par le plomb* peut, comme l'alcoolisme chronique, donner lieu, en outre des paralysies saturnines, à des troubles physiques et psychiques passagers offrant quelque analogie avec la démence paralytique. Le malade présente de l'embarras de la parole, du tremblement, une faiblesse musculaire généralisée, du gâtisme, de l'obtusion de la mémoire et de l'intelligence, des accès épileptiformes, des étourdissements. Le début brusque des accidents qui atteignent rapidement une grande intensité, l'activité des troubles sensoriels, la disparition en quelques semaines de symptômes d'apparence très grave, sans parler des signes habituels du saturnisme, aideront au diagnostic. D'autre part, l'empoisonnement chronique par le plomb peut, au même titre que l'intoxication chronique par l'alcool, déterminer l'encéphalite interstitielle ; il y a donc une paralysie générale d'origine saturnine qui n'a rien de particulier, sinon son étiologie.

On a décrit une *pseudo-paralysie générale saturnine* : les considérations dans lesquelles nous sommes entrés à propos de la pseudo-paralysie alcoolique, sont applicables en tous points aux

faits disparates groupés sous le nom de pseudo-paralysie générale saturnine. Cette dernière forme est également repoussée par la clinique.

L'*intoxication chronique par le bromure de potassium* peut rappeler la démence paralytique : perte de la mémoire, inégalité pupillaire, embarras de la parole, faiblesse et incertitude des mouvements, tremblement ; mais tous ces troubles disparaissent avec la cessation du médicament. Citons encore pour mémoire comme présentant des signes analogues la *démence pellagreuse* qui est aujourd'hui exceptionnelle en France, les intoxications par le *chanvre indien*, l'*opium*, l'*atropine*, etc.

III. Lésions circonscrites du cerveau. — Les *tumeurs*, les *gommes*, les *hémorrhagies cérébrales* ou *méningées*, les *pachyméningites*, les *foyers de ramollissement* peuvent donner lieu non seulement à des symptômes moteurs, mais encore à des troubles psychiques (*Démences organiques*). La combinaison de ces deux ordres de phénomènes aboutit à un complexus symptômatique habituellement facile à distinguer de la paralysie générale, mais pouvant parfois présenter avec celle-ci des traits communs : état d'affaiblissement intellectuel

associé à des troubles moteurs, parole embarrassée, pupilles inégales; délires épisodiques; ictus apoplectiformes ou épileptiformes. Ajoutons que la curabilité de ces symptômes est rare, et que le malade termine souvent son existence dans le gâtisme, la paralysie et la démence. A côté de ces analogies, prennent place des signes différentiels importants.

La démence paralytique est une maladie de l'âge adulte, très rare après 60 ans ; les démences organiques, dues aux lésions circonscrites, sont de beaucoup plus fréquentes chez les vieillards. Les troubles moteurs ont des caractères particuliers en rapport avec la nature et la localisation des lésions. Chez le paralytique général, il s'agit d'une *incoordination* psychomotrice, *généralisée*, n'aboutissant que tardivement à une parésie réelle ; chez les sujets porteurs de lésions en foyers, ce sont des paralysies véritables, permanentes, très accentuées et nettement *localisées* à un membre ou à un côté du corps (hémiplégie), le côté opposé restant indemne. L'hémiplégie s'accompagne souvent de contracture, très accusée ou latente. La démarche du paralytique est tantôt incertaine et titubante, tantôt lente et pénible, l'hémiplégique traîne la jambe et *fauche* ; l'hémiplégie complète,

durable, avec contracture, est exceptionnelle dans la paralysie générale. Quand les troubles moteurs sont moins acccentués, en faisant marcher le patient à cloche-pied, on s'aperçoit qu'un des membres inférieurs est moins solide que l'autre ; de même en se faisant serrer les mains par le sujet, on reconnaît une parésie unilatérale. La paralysie du facial inférieur, la déviation de la langue, rares ou peu accusées dans la démence paralytique, sont au contraire fréquentes et très accentuées dans les lésions circonscrites : la commissure labiale est abaissée, le sillon naso-labial effacé. On le voit, la présence de paralysies motrices unilatérales permanentes est la règle dans les altérations que nous étudions, et l'exception dans la démence paralytique ; on n'observe dans cette dernière que des hémiparésies transitoires. Nous devons faire remarquer que des lésions en foyer symétriques des deux hémisphères peuvent donner lieu à des troubles moteurs généralisés : il y a là une cause d'erreur qu'il est bon de signaler.

L'inégalité pupillaire se rencontre dans les lésions en foyer, mais moins fréquemment que dans la démence paralytique. L'embarras de la parole chez ces malades ne ressemble ni à ces *accrocs* de la parole, à ces moments d'arrêt sui-

vis d'une détente des paralytiques au début, ni aux troubles ataxiques, ou à la parole traînante et saccadée des phases ultimes. Il tient non point à l'incoordination psycho-motrice et au tremblement des muscles servant à la phonation, mais à une paralysie unilatérale de la langue (glosso-plégie) ; il y a de l'*empâtement* : il semble que le sujet ait de la peine à faire mouvoir sa langue, ou qu'il ait de la bouillie dans la bouche. Le tremblement fibrillaire de la langue est rare ; il en est de même de ces mouvements convulsifs qui se produisent chez le paralytique pendant l'émission des sons. Ajoutons que dans les lésions circonscrites les troubles d'articulation, au lieu d'être passagers, intermittents, parfois difficiles à mettre en évidence, sont permanents et nettement perceptibles.

Les divers troubles du langage (aphasie motrice, surdité et cécité verbales), rares dans la paralysie générale, sont fréquents dans les lésions en foyer ; ils s'associent souvent et peuvent ainsi simuler un état de démence plus apparente que réelle. Quand ils se montrent à l'état isolé, on peut constater que malgré la disparition totale d'un groupe d'images, l'intelligence et la mémoire ne sont point touchées en masse, mais partiellement, bref qu'il existe un affaiblisse-

ment intellectuel localisé, et non généralisé comme dans la démence paralytique. C'est là, en effet, la caractéristique des deux affections, (Marcé, 1863 ; Lwoff, 1890).

La déchéance psychique liée aux lésions circonscrites, est moins profonde, les sentiments affectifs et moraux sont moins effacés qu'on le croirait à un examen superficiel ; on peut en stimulant le malade, en exigeant qu'il réfléchisse, obtenir de lui une réponse exacte après qu'il a répondu au hasard. Quelques sujets sont encore observateurs, font des remarques assez justes, s'intéressent à ce qui se passe autour d'eux et ont une certaine conscience de leur état. Le paralytique, indifférent et inconscient, est incapable soit d'émettre un jugement, soit de faire le moindre effort intellectuel et de redresser ses erreurs. Son intelligence est d'emblée plus profondément atteinte : ainsi, les actes indélicats, délictueux sont de beaucoup plus fréquents, et se produisent chez lui dès le début ; tandis que si on les observe chez le dément organique, ce n'est qu'à une période avancée. Par contre, on trouve, chez ces derniers, une émotivité et une sensiblerie plus accusées que chez le paralytique. Certains fondent en larmes quand on leur demande leur nom, ou rient sans pou-

voir s'arrêter. Loin d'avoir la bienveillance banale du paralytique, ils sont souvent méfiants et de méchante humeur.

En résumé, dans les lésions cérébrales en foyer, à n'envisager que les cas les plus fréquents, à leur période d'état, il n'y a pas cette modification totale de la personnalité qui, chez le paralytique, n'a rien laissé survivre de l'homme intelligent et moral d'autrefois. Chez le dément organique des groupes d'associations d'idées, des sentiments normaux persistent ; dans la sphère motrice, comme dans la sphère psychique il y a des points sains à côté de lacunes ; chez le paralytique, tout est réduit au même niveau infime.

Les troubles délirants qui prennent naissance sur ces états d'affaiblissement intellectuel sont habituellement des idées de persécution accompagnées d'hallucinations pénibles, des idées mélancoliques sous l'influence desquelles le malade accomplit parfois des tentatives de suicide avec une énergie dont le paralytique mélancolique est incapable. Les hallucinations sont, en général, plus fréquentes dans les lésions circonscrites ; les idées de grandeur incohérentes, les accès maniaques sont, au contraire, plus rares.

La marche de la paralysie générale n'est pas

celle des démences organiques. Dans ces dernières, les troubles intellectuels sont presque toujours consécutifs à des attaques d'hémiplégie ; l'affaiblissement psychique, moins rapide, peut rester longtemps stationnaire ; très accusé aussitôt après l'ictus, il peut s'amender ensuite tandis qu'il va en s'accentuant progressivement chez le paralytique, surtout après une attaque. Enfin la terminaison mortelle peut ne survenir que très tardivement.

Syphilis cérébrale. — La syphilis, par les lésions qu'elle détermine sur les nerfs, la moelle, l'encéphale et leurs enveloppes, lésions tantôt nodulaires et nettement limitées (tumeurs gommeuses), tantôt moins bien circonscrites (méningites et encéphalites scléreuses, et scléro-gommeuses diffuses, artérites), la syphilis peut donner lieu à un état d'affaiblissement intellectuel accompagné de troubles moteurs, rappelant l'aspect clinique de la paralysie générale. Pour différencier l'*affaiblissement intellectuel syphilitique* produit par ces lésions, souvent multiples, et dont les lobes fronto-pariétaux sont le siège de prédilection, pour différencier la démence syphilitique de la démence paralytique, on tiendra compte de l'existence des stigmates de la syphilis, de l'âge du malade (la syphilis cérébrale

n'étant pas rare avant l'âge adulte), de la rapidité de l'évolution dans cette dernière forme, de la variabilité de nature et d'intensité de ses symptômes (Fournier), de la généralisation moins complète de son affaiblissement intellectuel opposée à l'affaiblissement psychique en masse du paralytique. Quant aux phénomènes délirants accessoires qui surviennent dans la syphilis cérébrale (idées de grandeur, accès maniaques ou mélancoliques, idées hypocondriaques, etc.), ils ne peuvent servir à éclairer le diagnostic.

Les troubles de la motilité présentent des caractères différentiels ; l'épilepsie jacksonienne, les paralysies en rapport avec une lésion nettement circonscrite sont plus fréquentes dans la syphilis cérébrale. Telles sont l'hémiplégie, les aphasies, les paralysies des nerfs crâniens et en particulier des nerfs oculaires. Signalons encore des combinaisons de symptômes habituellement non associés, et dus à des lésions disséminées, telles que l'hémiplégie gauche avec aphasie, l'hémiplégie avec paralysie oculaire, avec monoplégie du côté opposé, la paralysie faciale avec paralysie des 3e et 4e paires, etc. (Mauriac, Fournier). Enumérons enfin une série de symptômes moins rares dans la syphilis cérébro-spi-

nale que dans la paralysie générale : paraplégie, douleurs ostéocopes, vomissements, vertiges, céphalée, raideur permanente, coma, troubles de la vue. Aucun de ces signes n'a de valeur absolue, puisqu'il n'est pas de symptômes que la démence paralytique, avec la diffusion de ses lésions cérébrales, médullaires et nerveuses, ne puisse reproduire ; cependant en général, l'existence d'une hémiplégie, d'un ptosis, etc., devra faire soupçonner la syphilis cérébrale.

Au point de vue de la *marche*, tandis que la paralysie générale aboutit à bref délai à la mort, la syphilis cérébrale, à évolution plus lente, peut se prolonger durant de longues années (15, 20 ans). Elle présente une certaine mobilité dans l'apparition et la disparition des symptômes, des alternatives brusques d'amélioration et de rechute ; enfin elle peut s'amender, guérir même, sous l'influence du traitement spécifique.

Ce diagnostic différentiel entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale (lésions circonscrites plus ou moins nombreuses) telle qu'on l'avait envisagée jusqu'ici, n'implique pas, assurément, les cas, admis aujourd'hui, d'encéphalite interstitielle diffuse de cause syphilitique ; ce sont là des paralysies générales vraies qui, une fois établies, suivent malheureusement, malgré

leur origine spécifique, la marche progressive de la paralysie générale vulgaire. Pour ce qui est de la « pseudo-paralysie générale syphilitique », nous nous refusons à la considérer comme répondant à la réalité clinique.

IV. Sclérose en plaques. — Démence vésanique. — Démence primitive aiguë. — Démence sénile. — Neurasthénie. — Le diagnostic de la *sclérose en plaques* et de la paralysie générale est parfois délicat par suite des nombreux points communs des deux affections : citons les attaques apoplectiformes, la parésie des membres inférieurs, l'amblyopie, l'embarras de la parole, le tremblement de la langue, les troubles de la démarche ; les facultés intellectuelles et affectives sont diminuées dans les deux maladies, le patient est indifférent ou d'une émotivité excessive. Il n'est pas jusqu'au faciès qui ne rappelle parfois celui du paralytique : le regard est vague, la lèvre tremblante, l'aspect hébété. Enfin sur cet état d'affaiblissement psychique peuvent, comme dans la paralysie générale, se développer des troubles délirants ; idées de grandeur puériles, délire mélancolique, hallucinations (Charcot); Les signes caractéristiques de la sclérose en plaques (tremblement intentionnel, nystagmus,

vertiges, contractures, parole scandée), serviront au diagnostic. Ajoutons que sa marche est plus lente, son début plus brusque, que la déchéance intellectuelle et morale est moins accusée.

Les vésanies aiguës ou chroniques peuvent se terminer par un état d'affaiblissement psychique. Cette *démence vésanique* est secondaire, la démence paralytique est primitive ; elle atteint rarement un degré aussi accentué que cette dernière ; elle est moins généralisée, ne s'accompagne pas de troubles moteurs, et reste longtemps stationnaire : les phénomènes délirants, loin d'être bruyants, ne sont que des vestiges qui vont s'effaçant chaque jour.

Sous le nom de *démence primitive aiguë* on distingue des états d'affaiblissement psychique et musculaire habituellement causés par des troubles de nutrition de l'écorce cérébrale, et consécutifs à des maladies infectieuses aiguës, à un épuisement général (hémorragies abondantes), à une intoxication aiguë (oxyde de carbone), etc. On constate un anéantissement plus ou moins complet des facultés mentales, une obnubilation de la conscience, de l'ataxie des mouvements, de la lenteur de la parole, de l'inégalité pupillaire ; l'amnésie est parfois totale ; le malade est tantôt inerte, tantôt en proie à une activité

incohérente. Ces accidents aigus atteignent rapidement une intensité extrême ; ils sont toujours secondaires, ils peuvent guérir.

La *démence sénile* ne saurait être l'occasion de méprises : elle ne se montre que chez des individus très avancés en âge. Les troubles mentaux sont moins généralisés ; la mémoire des faits anciens persiste, tandis que les événements de chaque jour sont tout de suite oubliés. L'individualité psychique est moins profondément atteinte. Il n'y a point d'incoordination psychomotrice, point d'hésitation de la parole. La marche de la maladie est lente, sa durée n'est limitée que par l'âge avancé du sujet.

A la suite de surmenage intellectuel, de frayeurs, d'émotions, de traumatismes, on voit survenir parfois des symptômes faisant craindre un début de paralysie générale, mais relevant en réalité d'un simple épuisement fonctionnel du système nerveux, de la *neurasthénie*. Il existe de la céphalée, des névralgies, de l'amnésie, des vertiges, de l'inégalité pupillaire, de la parésie généralisée. La volonté, l'attention sont diminuées ; il y a de la torpeur intellectuelle, les facultés génitales sont amoindries ; le sujet a des préoccupations hypocondriaques. Mais, fait important, le malade a conscience de son état, il

analyse lui-même les troubles qu'il éprouve, et il est plutôt porté à en exagérer la gravité qu'à l'ignorer comme le paralytique. En outre, on ne constate point d'hésitation véritable de la parole, point de lacunes profondes de la mémoire, point de modifications radicales du caractère. Il est inutile d'insister sur l'importance du diagnostic, la neurasthénie étant habituellement curable.

Enfin, on peut voir survenir, à la suite de traumatismes crâniens, un *affaiblissement intellectuel progressif* qui paraît en rapport avec des lésions organiques du cerveau.

CHAPITRE VII

ETIOLOGIE

SOMMAIRE : I. *Age.* — *Sexe.* — *Milieu social.* — Fréquence de la maladie à l'âge adulte. — Paralysies générales juvénile et tardive. La fréquence, moindre chez la femme, tient à des conditions sociales ; l'écart suivant les sexes s'exagère dans les classes aisées, diminue dans les classes pauvres. — Rareté dans les populations rurales, chez les ecclésiastiques. — Fréquence chez les sujets exposés au surmenage, à l'alcoolisme, à la syphilis. Influence des conditions hygiéniques défectueuses, des professions libérales. Fréquence en rapport avec le développement de la civilisation.

II. *Hérédité* similaire (rare), congestive, arthritique. psychopathique.

III. *Intoxications*, alcoolisme chronique terminé par la paralysie générale ; période de transition. — Saturnisme. — Pellagre.

IV. *Causes diverses* : Congestions cérébrales. — Traumatismes crâniens. — Surmenage cérébro-spinal.

V. *Maladies infectieuses* ; fièvre typhoïde ; syphilis, statistiques.

Multiplicité des causes ramenant toutes à une irritation chronique diffuse du tissu nerveux.

I. Age. — Sexe. — Milieu social. — La paralysie générale est une affection de l'âge adulte. Dans la majorité des cas c'est de 30 à 45 ans qu'elle se montre ; il existe cependant un nombre assez considérable de sujets chez lesquels la maladie se développe soit de 25 à 30, soit de 45 à 55 ans.

Le tableau suivant établi d'après les statistiques du Bureau d'admission de Sainte-Anne pendant les sept dernières années (1886-1892), et portant sur un chiffre total de deux mille huit cent soixante-douze paralytiques, montre la fréquence relative de l'affection aux diverses périodes de la vie. Les chiffres ci-dessous indiquent non point l'âge auquel a débuté la maladie, mais celui, bien postérieur, auquel a été effectué l'internement :

Ages	Hommes	Femmes
De 18 à 20 ans. .	1	1
21 25	9	20
26 30	122	90
31 40	929	338
41 50	779	292
51 60	199	67
61 70	17	5
71 80	2	1
Total . .	2058	814

On le voit, l'âge de prédilection de la maladie oscille autour de 40 ans.

Sous le nom de *paralysie générale précoce* on range tous les cas ayant débuté avant 25 ans : les observations à début le plus précoce concernent des sujet de 17 ans (L. Vrain), de 15 ans (Wiglesworth, Charcot), et même de 13 ans (Strümpell). Le tableau précédent fait ressortir ce fait intéressant que les cas de paralysie générale précoce sont sensiblement plus fréquents chez la femme que chez l'homme : on trouve en effet 9 cas de 21 à 25 ans chez l'homme, et 20 cas chez la femme pour la même période : la différence est en réalité plus considérable encore qu'elle ne le paraît, quand on sait qu'à l'âge adulte le nombre des cas de paralysie générale est plus du double pour le sexe masculin. Après 60 ans la maladie devient rare ; après 65 ans elle est exceptionnelle ; nous en avons cependant observé plusieurs cas.

La paralysie générale est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Suivant les milieux dans lesquels on observe, on arrive à des chiffres proportionnels variables, mais tous d'accord sur le fait de la fréquence moins grande de l'affection dans le sexe féminin. Sur cent malades en traitement de chaque sexe (y compris les idiots

et les épileptiques) nous avons trouvé 15 paralytiques chez les hommes et 8 chez les femmes. Notre statistique de 7 années nous fournit 2 058 paralytiques hommes contre 814 femmes. Schüle et von Krafft-Ebing donnent un nombre proportionnel plus élevé chez l'homme (7 hommes pour 1 femme). Ces résultats divers s'expliquent par les différences de milieu : dans les asiles publics desservant les grandes agglomérations urbaines, les chiffres exprimant la fréquence de l'affection dans les deux sexes tendent à se rapprocher. Dans les grandes villes, en effet, la situation sociale de la femme, bien différente de celle qui lui est faite dans les campagnes se rapproche de celle de l'homme (surmenage, alcoolisme, excès). La rareté extrême de la paralysie générale chez les femmes de la classe riche, qui sont à l'abri des causes nocives précédentes, démontre l'influence de ces facteurs. La paralysie générale, en dépit des apparences, n'est donc pas en rapport avec le sexe, mais bien avec le genre de vie, puisque sa fréquence varie avant tout avec le milieu social.

Examinons l'influence de ce dernier facteur. La fréquence de la maladie dans les grandes villes, sa rareté chez les populations rurales est bien connue. Sur 190 aliénés existant à l'asile départemental de la Lozère, M. Camuset n'a

trouvé que 2 paralytiques, tandis que dans certains asiles desservant de grandes villes, la proportion peut atteindre 30 pour cent. Dans le cours de dix années, sur une population annuelle de 190 à 200 malades, il n'est entré à l'asile que 10 paralytiques. Rappelons qu'en Lozère, pays agricole, il n'existe pas d'usines, pas de grandes villes, que l'alcoolisme y est très rare ainsi que la syphilis.

La maladie est peu fréquente chez les sujets, que leur profession met à l'abri des excès alcooliques et vénériens, de la syphilis, du surmenage cérébral. Mac-Dowall, dans un asile où l'on traite un nombre considérable de quakers, gens de mœurs austères, n'a pu recueillir, après de longues années que 3 cas de paralysie générale chez ces sujets. M. Bouchaud a étudié la fréquence relative de l'affection chez les laïques et chez les religieux ; chez ces derniers, elle est très rare. Sur cent religieux aliénés l'auteur ne trouve que 2, 4 paralytiques : tandis que sur cent laïques il arrive au chiffre de 25 à 30. M. Bouchaud admet que les excès vénériens, la syphilis et l'alcoolisme, exceptionnels chez les ecclésiastiques, sont des facteurs importants de la paralysie générale ; en revanche, la valeur attachée à la prédisposition héréditaire se trouve diminuée.

La paralysie générale est, au contraire, fréquente chez les individus que leur profession expose au surmenage et aux excès. On sait la prédominance de la maladie chez les officiers comparativement aux autres psychoses. L. Colin admet qu'elle représente au moins chez ces derniers les trois quarts des cas d'aliénation. Sommer trouve chez les officiers aliénés 50 pour 100 de paralytiques.

Les célibataires payeraient à l'affection un tribut plus considérable que les gens mariés. On a encore signalé sa fréquence chez les douaniers (insomnie), chez les marchands de vins (excès alcooliques), chez les filles publiques (hygiène défectueuse, excès alcooliques et vénériens, veilles, syphilis). L'affection n'épargne point les femmes mariées des classes pauvres ; le fait s'explique par suite des conditions sociales défavorables dans lesquelles celles-ci se trouvent.

On a incriminé aussi certaines conditions hygiéniques défectueuses : tel est le genre de vie des sujets séjournant habituellement auprès d'un feu ardent (cuisiniers, mécaniciens, chauffeurs, etc.). Telle est encore l'existence particulière des hommes de bureau qui passent une grande partie de leur existence dans un milieu étroit, surchauffé.

La paralysie générale se montre sous toutes les latitudes (Europe, Afrique du Nord, Amérique du Nord et du Sud, Australie, etc.). Pour ce qui est de l'Europe, elle serait plus fréquente dans les pays du centre. La race ne paraît pas avoir d'influence bien marquée : les sujets des groupes ethniques les plus différents (Israélites, Arabes, Nègres) peuvent devenir paralytiques dès qu'ils abandonnent leurs mœurs anciennes pour adopter des habitudes d'intempérance. Tels sont, parmi les Arabes d'Algérie, ceux qui, habitant les villes, partagent le genre de vie des Européens, et se livrent aux mêmes excès (Meilhon) ; tels sont encore les nègres de Cuba chez lesquels les excès alcooliques sont fréquents (Munoz).

Les *professions libérales* (hommes de lettres, ingénieurs, médecins, etc.), fournissent à la démence paralytique un fort contingent ; les travaux intellectuels excessifs, les veilles, la préparation prolongée de concours ont, sans contredit, leur valeur étiologique. Le rôle important du surmenage intellectuel est bien mis en évidence par les statistiques des établissements privés où viennent d'ordinaire aboutir les paralytiques à profession libérale. Son influence se fait même sentir dans les asiles publics (Marcé). Cependant il faut se garder d'exagérer ce rôle : l'affection

se montre en effet assez fréquemment chez des sujets dont l'intelligence n'a jamais été surmenée.

En résumé, la paralysie générale suit le développement de la civilisation. Rare dans les milieux sociaux où la concurrence vitale est peu active, elle atteint son maximum de fréquence là où, pour la satisfaction des besoins que créent les civilisations avancées, l'homme se surmène et cherche, dans l'usage de véritables poisons psychiques, des stimulants qui ne font qu'activer l'usure cérébrale.

II. Hérédité. — Le rôle de l'hérédité dans le développement de la paralysie générale est moindre que pour les psychoses proprement dites. L'*hérédité similaire,* dont nous avons observé des exemples, est exceptionnelle : on voit par exemple un père, paralytique général engendrer un fils qui devient lui aussi paralytique; on connaît des observatious de 2 ou 3 frères atteints tous de paralysie générale, ce qui démontre la possibilité d'une prédisposition héréditaire. On peut également rapprocher de ces faits les cas dans lesquels on voit le père ataxique et le fils paralytique, ou les deux frères atteints l'un de tabès, l'autre de paralysie générale.

L'*hérédité congestive*, l'*hérédité arthritique* joueraient pour certains auteurs un rôle important. L'*hérédité psychopathique* intervient-elle dans le développement de l'encéphalite interstitielle? La chose n'est pas démontrée. Les tares héréditaires sont moins fréquentes chez les paralytiques que chez les autres aliénés; nombre de sujets n'ont présenté, avant le début de la démence paralytique, aucune anomalie psychique qui puisse être rattachée à l'hérédité vésanique. Si parfois on voit des dégénérés être atteints de paralysie générale, c'est parce qu'ils font des excès (surmenage, alcool, syphilis), et non point par suite de leur prédisposition psychopathique; ce qui le prouve, c'est qu'il est tout à fait exceptionnel dans nos asiles de voir un aliéné devenir paralytique, au point que la folie, par le fait même des mesures d'hygiène qu'elle impose, peut être considérée comme une assurance contre la démence paralytique. L'hérédité psychopathique fait en revanche sentir son influence dans la genèse de certains troubles délirants surajoutés; elle imprime un cachet spécial à certaines déterminations vésaniques des paralytiques.

La rareté de la paralysie générale chez les religieux, chez les femmes des classes riches,

chez les Israélites (Minor), tandis que les psychoses proprement dites sont chez ces divers sujets aussi et parfois plus fréquentes que dans d'autres milieux sociaux, cette rareté démontre encore le peu d'influence de l'hérédité vésanique sur le développement de la maladie. Les causes les plus actives doivent donc, en général, être cherchées dans les antécédents personnels du paralytique.

III. Intoxications. — Les diverses *intoxications* (alcoolisme, saturnisme, pellagre) constituent des facteurs étiologiques importants de la démence paralytique. C'est à tort, selon nous, que certains auteurs pensent que l'alcool ne peut produire qu'une pseudo-paralysie générale. L'influence de l'*intoxication alcoolique chronique* avait déjà été signalée par les premiers observateurs ; les travaux contemporains ont apporté des documents et des aperçus nouveaux. Les faits que nous envisageons doivent, nous le rappelons, être distingués des cas dans lesquels des sujets, jusqu'alors sobres, se sont livrés à des excès de boissons sans l'influence de la paralysie générale elle-même.

A la période chronique de l'empoisonnement par l'alcool (Magnan, *De l'alcoolisme*, 1874), à

côté du toxique intervient un nouvel élément : le terrain est modifié ; l'alcool a fait du sujet un autre individu. Sous son influence un double processus s'est développé qui devient la caractéristique de l'alcoolisme chronique : dégénérescence graisseuse (stéatose) ; tendance aux irritations chroniques diffuses (sclérose). Selon la prédominance dans les centres nerveux de l'une ou de l'autre de ces lésions, on voit l'alcoolique chronique marcher vers la démence (stéatose et athérome), ou vers la paralysie générale (sclérose interstitielle diffuse).

Le passage de l'alcoolisme chronique à la paralysie générale n'est pas brusque : il y a une *période de transition* quelquefois longue, qui peut tenir en suspens le diagnostic. Les malades en question entrent habituellement un certain nombre de fois à l'asile. Après une période plus ou moins longue d'intoxication, un premier accès de délire éclate qui guérit sans laisser de traces appréciables. Un an, deux ans après, parfois plus tôt, on voit le sujet revenir à l'asile pour un nouvel accès alcoolique qui guérit encore ; mais après la disparition des symptômes aigus toxiques, on peut constater déjà des modifications physiques et intellectuelles. C'est le début de la *période de transition* : l'in-

telligence est déjà compromise, sans cependant l'être assez pour mettre obstacle à la sortie du malade. Tandis que l'alcoolique, une fois mis en liberté, peut reprendre ses occupations et sa place dans la famille, chez les sujets qui nous occupent, la mémoire et l'intelligence sont affaiblies, il existe des idées de satisfaction ; l'aptitude au travail est moindre, le caractère change, le patient se montre tantôt irritable pour des motifs futiles, tantôt d'une docilité enfantine et sans volonté devant des faits graves ; enfin il est apathique, ou bien au contraire d'une activité désordonnée. De temps à autre la parole est hésitante, parfois les pupilles sont inégales ; les radiales sont dures ; des étourdissements, des engourdissements dans les membres se produisent.

Si le sujet continue à boire, des accidents alcooliques surviennent encore, tantôt avec leurs caractères habituels, tantôt avec des accès d'agitation incoercible ; le malade mange avec gloutonnerie, ramasse et chiffonne ; dans certains cas se manifestent déjà des idées ambitieuses, parfois des crises épileptiformes précipitent la marche de la déchéance mentale. Après ce nouveau choc les phénomènes s'accusent : les signes de la démence deviennent évidents ; tout

travail est impossible ; on constate un affaiblissement généralisé des facultés, de l'hésitation caractéristique de la parole, des troubles pupillaires : le sujet est bien réellement atteint de paralysie générale. La paralysie générale consécutive à l'alcoolisme chronique n'offre dans ses traits essentiels rien qui la distingue de l'encéphalite diffuse due à d'autres causes ; cependant on constate assez souvent la persistance d'hallucinations pénibles rappelant l'origine toxique de l'affection. On a noté aussi la fréquence plus grande des rémissions et leur caractère plus accentué.

L'*intoxication chronique par le plomb*, peut, elle aussi, aboutir à la démence paralytique. L'origine saturnine ne se révèle, en dehors des signes caractéristiques de l'intoxication (liseré gingival bleuâtre, coliques de plomb, anémie) que par la fréquence peut-être plus grande des troubles de la sensibilité.

L'intoxication chronique due à l'usage du maïs altéré donne lieu à une affection spéciale, la *pellagre* caractérisée par des troubles digestifs, cutanés, nerveux, et mentaux. Elle peut provoquer aussi la paralysie générale. Cette dernière maladie, très rare en général chez les habitants des campagnes, est fréquente au con-

traire chez les paysans pellagreux de la Lombardie (Baillarger).

IV. Causes diverses. — On admet généralement l'influence des *congestions*. Il convient pour l'appréciation de ces faits de ne pas oublier que les attaques congestives sont souvent des signes précurseurs de la paralysie générale. Ajoutons que la maladie est rare chez les épileptiques, bien que ceux-ci soient sujets à des congestions cérébrales intenses et répétées. On a fait jouer aussi un rôle aux *troubles menstruels*, à la *ménopause*, à l'*insolation* en un mot, à toutes les causes qui peuvent provoquer des bouffées congestives vers la tête. L'*arthritisme*, les *auto-intoxications* ont été invoqués sans que les faits nous paraissent jusqu'ici suffisamment démonstratifs. Rappelons l'influence des *traumatismes crâniens* : ceux-ci déterminent parfois des adhérences de la dure-mère au crâne, des pachyméningites, et il paraît vraisemblable que, chez certains sujets, la présence d'un de ces foyers irritatifs puisse déterminer une encéphalite interstitielle.

Sous le nom de *surmenage*, nous groupons les causes ayant pour caractères communs le fonctionnement exagéré de l'axe cérébro-spinal

(excès vénériens, excès de travail, veilles, émotions, chagrins). Ici encore, pour apprécier exactement la valeur de ces facteurs, il faut se mettre à l'abri des causes d'erreurs tenant aux excès accomplis par le paralytique à la période expansive. On n'est pas d'accord sur l'importance étiologique des *excès vénériens* : souvent associés à des fatigues d'un autre genre (veilles, abus alcooliques), ils ne nous paraissent pas négligeables, mais il est difficile d'apprécier exactement leur valeur. Les *excès de travail* (manuel et intellectuel) ont été eux aussi incriminés. Les *chagrins*, les *émotions pénibles* ont aussi leur importance ; ils viennent renforcer l'influence des causes précédentes. Chez certains sujets (hommes d'étude), le cerveau est soumis parfois sans répit à un travail exagéré ; chez d'autres, menant péniblement une vie besogneuse, soumis aux épreuves quotidiennes qu'entraîne la misère, il s'agit aussi d'un mode d'épuisement cérébral, d'un véritable *surmenage psychique* qui doit prendre place à côté du surmenage intellectuel.

V. Maladies infectieuses. — Les localisations cérébrales ou médullaires des infections microbiennes ne sont pas rares ; on sait leur fré-

quence dans l'enfance (méningites, encéphalites, scléroses cérébrales); on connaît les manifestations cérébro-spinales de la variole, de la fièvre typhoïde. La sclérose en plaques, l'épilepsie sont pour certains auteurs en relation étiologique étroite avec diverses maladies infectieuses dont elles constitueraient une manifestation plus ou moins tardive (P. Marie). Pour ce qui est de la paralysie générale, la *fièvre typhoïde* paraît, dans certains cas, avoir eu un rôle prépondérant. On a également attiré l'attention sur l'influence de l'érysipèle (Baillarger), du rhumatisme (Contesse), du paludisme (Obersteiner), sur l'existence dans l'enfance, la jeunesse et l'âge adulte de convulsions, de méningites (Christian).

La *syphilis* doit-elle être rangée parmi les causes de la maladie? Pour Esmarck et Jessen, Hildenbrand, la paralysie générale est toujours d'origine syphilitique. Sur cent paralytiques, Mac-Dowall trouve 80 syphilitiques; Rumpf, 78; Snell, Mendel, 75; J. Bonnet, 66; Schüle, 50; Cullère, 42; Ramadier, 33; Fürstner, 32. La fréquence des antécédents syphilitiques, d'après la plupart des auteurs précédents, serait de 3 à 5 fois moins grande chez les aliénés non paralytiques: Mendel trouve, chez ces derniers, 18 syphi-

litiques pour 100, au lieu de 75. Mendel, à l'appui de l'influence de la syphilis, rapporte avoir observé 5 cas de démence paralytique chez le mari et chez la femme tous deux syphilitiques ; Goldsmith, Morel-Lavallée relatent des faits analogues. Enfin, la syphilis acquise ou héréditaire est assez souvent notée dans les antécédents des paralytiques précoces.

Les observateurs n'ont point tous trouvé une proportion aussi considérable d'antécédents syphilitiques : Obersteiner obtient le chiffre de 21 pour 100 ; Nasse 19,3 (au lieu de 2,1 chez les non-paralytiques) ; Christian, 13 ; Regnier, Siemerling, 11. Dans les statistiques de ce genre deux causes d'erreurs en sens inverse sont à éviter : d'une part, il peut arriver que le paralytique contracte la syphilis à la période prodromique, alors qu'il s'y expose assez fréquemment ; d'autre part, la syphilis peut être méconnue par suite des difficultés que l'on rencontre à obtenir des renseignements exacts : le malade ne peut rien préciser, et la famille ignore fréquemment l'existence de l'infection syphilitique.

Entre les auteurs qui affirment que la paralysie générale ne se développe pas dans un organisme qui n'a pas été touché par la syphilis, et ceux qui nient toute influence de cette infec-

tion, il y a place pour une opinion intermédiaire, tenant compte des résultats positifs d'un grand nombre d'observateurs et aussi de la multiplicité des facteurs étiologiques. On a voulu tirer un argument contre l'influence de la syphilis de l'inutilité du traitement spécifique et de la différence des lésions de la paralysie générale avec les altérations pathognomoniques de la syphilis. La chose s'explique si l'on admet avec MM. Strümpell, Möbius, Oppenheim, F. Raymond, Fournier, que l'infection syphilitique peut produire dans le système nerveux des lésions de deux espèces, les unes syphilitiques proprement dites, curables, procédant directement de l'agent infectieux de la syphilis (gommes, périartérites), les autres banales, ressemblant de tous points aux scléroses vulgaires, résistant comme celles-ci au traitement spécifique, et dues à une intoxication chronique causée par les toxines que sécrètent les microbes de la syphilis. L'intoxication syphilitique produirait ainsi l'encéphalite interstitielle au même titre que tant d'autres intoxications, l'alcoolisme chronique par exemple. Dans d'intéressantes leçons sur la pathogénie de la paralysie générale, M. Fournier, accorde une place prépondérante à la syphilis dans le développement de la maladie. Les nombreux faits sur les-

quels s'appuie M. Fournier, sa compétence spéciale donnent aujourd'hui à cette opinion une grande valeur et les observations nouvelles ne feront, sans doute, que confirmer cette influence active de la syphilis dans la production de la paralysie générale.

Concluons qu'il n'existe pas de cause unique, spécifique, de la paralysie générale. Les facteurs multiples que nous avons étudiés ont tous leur importance, importance inégale sans doute, mais dont il est malaisé de déterminer actuellement la valeur respective. La difficulté est augmentée par ce fait que ces divers facteurs ne se présentent pas souvent à l'état isolé : ils se combinent entre eux, aucun ne paraissant indispensable, aucun non plus n'étant négligeable. A la diversité des tares héréditaires vient si souvent s'ajouter la multiplicité des causes telles que le surmenage, les infections, les intoxications, qu'il n'est point possible de donner une formule étiologique commune. Enfin, dans certains cas, aucune cause connue ne peut être invoquée. Malgré cette incertitude, deux points restent acquis, d'une part la multiplicité des facteurs, d'autre part, le caractère commun qui les réunit. Tous en effet peuvent, en dernière analyse, être ramenés à une irritation chronique diffuse du

tissu nerveux, que cette irritation soit due à des intoxications prolongées, à des infections, à des poussées congestives, ou à des excès qui entraînent le fonctionnement exagéré de l'axe cérébro-spinal.

CHAPITRE VIII

—

APPLICATIONS MÉDICO-LÉGALES ET THÉRAPEUTIQUES

SOMMAIRE : I. *Médecine légale*. Fréquence des actes délictueux commis par les paralytiques et des condamnations dont ceux-ci sont victimes. Leur irresponsabilité absolue. — Vols à l'étalage : absence de ruse ; aveux naïfs. — Filouteries. — Escroqueries. — Faux. — Vagabondage. — Coups et blessures. Meurtres. — Outrages à la pudeur. — Capacité civile.
II. *Traitement* : isolement, repos cérébral. Internement. — Traitement hygiénique et symptômatique.

I. Médecine légale. — Le nom de *période médico-légale* convient bien à la première phase de la paralysie générale, phase fertile, non seulement en largesses ridicules, en transactions absurdes, mais encore en actes délictueux ou criminels dénotant tous une souveraine impré-

voyance, une défaillance absolue de la volonté, et entraînant trop souvent le malade devant les tribunaux. Il n'est point d'affection mentale dont la connaissance soit plus nécessaire au médecin expert et même au magistrat : la fréquence des erreurs judiciaires dont sont victimes les paralytiques vient le démontrer. De 1885 à 1890, 76 de ces sujets ont été transférés de la prison à Sainte-Anne peu de temps, parfois quelques jours après leur comparution devant les tribunaux et leur condamnation. La terminaison mortelle de l'affection, l'autopsie ont démontré que ces condamnations avaient frappé des malades.

Ce que nous savons de l'état mental de ces sujets nous dispense d'insister sur leur irresponsabilité absolue. Il ne s'agit pas ici d'un état psychopathique difficile à classer, susceptible d'interprétations diverses, mais d'une affection cérébrale qui relève d'une lésion matérielle aboutissant à la destruction des organes psychiques, de l'écorce du cerveau. Parallèlement à ce travail de désorganisation, la personnalité morale tout entière s'effondre, et tel homme, jadis probe et scrupuleux, commet sans honte et sans hésitation les actions les plus répréhensibles. Mais ces actes, le malade les accomplit à sa manière et, pour qui sait voir, dans ce délinquant inconscient, mala-

droit et naïf, se révèle le paralytique général. Qu'il exécute un vol, qu'il profère des menaces, qu'il commette un attentat à la pudeur, qu'il soit arrêté comme vagabond, tout, dans la nature des faits incriminés, dans leur mode d'exécution, dans l'attitude du sujet, après son arrestation, devant le tribunal et après sa condamnation, tout décèle en lui une déchéance psychique profonde et maladive.

Qu'on réfléchisse aux conséquences sociales de pareilles erreurs, au déshonneur dont elles entachent le malade et les siens, et l'on comprendra qu'on ne saurait trop insister sur la nécessité de l'intervention tutélaire du médecin pour éclairer la justice sur l'irresponsabilité de ces inculpés, et prévenir le retour de faits aussi déplorables.

Les *vols* sont parmi les plus fréquents de ces actes délictueux : ils sont accomplis dans des circonstances bien caractéristiques. Le paralytique vole au hasard des rencontres, d'où la fréquence des *vols à l'étalage* : il n'a rien prémédité et ne sait ce qu'il fera des objets dérobés ; le délit est souvent insignifiant, enfantin, parfois absurde. Tantôt le sujet s'empare de choses inutiles ou sans valeur : l'un dérobe dans une église des ornements et les objets les plus insignifiants du culte, d'autres volent une planche, un torchon, de vieux

mouchoirs; tantôt le paralytique prend tranquillement à un étalage quelques friandises qui le tentent et les emporte sans les cacher (vol d'un fromage, d'un hareng, de deux huîtres, d'une poignée de café). L'acte est commis en plein jour, avec une absence totale de précautions : un paralytique s'empare, sous les yeux même du marchand, d'un revolver que celui-ci ne veut pas lui vendre ; un autre s'adresse à des sergents de ville pour qu'ils l'aident à dérober une pièce de vin.

A quoi faut-il attribuer ces vols fréquents des paralytiques, vols si particuliers par les objets sur lesquels ils portent, et par la façon dont ils sont exécutés ? Dans certains cas rares, on trouve l'influence d'idées ambitieuses : le malade croit que tout lui appartient, etc. Le plus habituellement il ne s'agit que d'un acte automatique dû à l'absence totale de réflexion, de contrôle, à l'affaiblissement de l'intelligence et du sens moral : le paralytique, pareil à un enfant, étend la main vers ce qui lui plaît et l'emporte tranquillement sans se douter qu'il commet une action répréhensible. Une fois arrêté, l'allure du sujet est tout à fait spéciale : rarement ce dernier se donne la peine de présenter une excuse vraisemblable, de prétendre qu'il avait l'intention

de revenir pour payer l'objet trouvé en sa possession, d'affirmer qu'il l'a découvert dans sa poche, qu'on le lui a donné.... Presque toujours il avoue en souriant : son attitude en présence d'une pareille accusation, ses réponses sans réticences, sa naïve sincérité montrent qu'il ne se rend aucun compte de la valeur de son action ; sa conduite est à ciel ouvert. Interrogé sur les mobiles de son vol, il ne sait que dire ; il ne sait pas pourquoi il a volé.... « il a volé en jouant », ou « par rigolade ».

Parfois ce sont des *filouteries*, des *escroqueries*, des *faux en écriture*, des *abus de confiance* exécutés de la façon la plus grossière, la plus enfantine. Souvent ces sujets se font arrêter pour n'avoir pu payer un fiacre dont ils ont disposé pendant plusieurs heures, ou pour s'être fait servir à dîner sans avoir de quoi solder leur dépense. Un simple soldat se présente dans une banque pour toucher une traite écrite de sa main et signée par lui du nom de généraux qu'il a connus. Un autre malade inscrit sur son livre de commerce ses dépenses au chapitre des recettes et ses dettes à son actif. Quoi qu'il fasse, le paralytique ne dissimule rien ; ses aveux faciles, son insouciance qui, sans parler des troubles physiques, attireraient l'attention du médecin, si ce

dernier était consulté, sont parfois la cause même de la rigueur de la Justice, comme le cas s'est présenté chez un de nos malades condamné à cinq ans de prison par la Cour d'assises de la Seine pour faux en écritures commerciales (falsification d'une quittance). L'acte avait été commis avec une si grande maladresse, il était avoué avec une telle indifférence, que l'attention aurait dû être éveillée par les circonstances mêmes de la cause. Or les aveux furent traités de cynisme, le manque de mémoire taxé de comédie, et l'accusation sut tirer parti de ces deux points. La condamnation fût plus sévère, nous a-t-on dit, qu'elle ne l'aurait été sans ces aveux, sans ces absences de la mémoire, c'est-à-dire si le sujet n'eut pas été aliéné. Quinze jours après le jugement, le malade nous était amené délirant et dans un état de démence avancée.

D'autres sujets sont condamnés pour *vagabondage* (paralytiques égarés et ne sachant donner leur domicile), pour *mendicité*, pour *coups* et *blessures*, pour *outrages aux agents*, pour *bigamie*.

Les tentatives de *meurtre* sont plus rares. Là encore le paralytique se révèle tout entier par la nature et les mobiles de ses actes : rappelons ce malade qui, le pistolet au poing, va demander

à un agent de police l'adresse de l'homme que, dit-il, il a l'intention de tuer ; cet autre qui veut assassiner un médecin « qui l'a empêché de s'asseoir à côté de l'ambassade japonaise » ; cette mère qui, voulant empoisonner sa fille, prépare des allumettes dans ce but, et dit à celle-ci en lui tendant le breuvage : « c'est pour te faire mourir que je te le donne » ! Parfois le meurtre est accompli dans un accès de fureur analogue à ceux des épileptiques : un paralytique tue sa mère à coups de chenet, s'acharne sur son cadavre et ne conserve de son crime qu'une conscience très incomplète (Camuset) ; dans certains cas très rares l'acte reconnaît pour cause une idée délirante.

Quelques sujets allument des *incendies* sous l'influence, tantôt de leurs idées de grandeur, (leur maison est trop misérable pour eux.... ; ils s'imaginent pouvoir arrêter l'incendie par leur seule volonté), tantôt de leur faiblesse intellectuelle (le malade veut détruire les souris qui pullulent dans sa demeure).

Les paralytiques commettent fréquemment des actes d'immoralité (*outrages publics*, *attentats à la pudeur*, *etc.*) Tantôt, accomplis par suite d'une absence totale des sentiments de pudeur, ces délits ne relèvent que de l'affaiblis-

sement psychique ; tantôt ils sont dus pour une part à l'excitation génésique des formes expansives. La démence paralytique imprime d'ailleurs à l'exaltation sexuelle un caractère spécial : à la merci de leurs instincts déréglés, les malades commettent des actes obscènes inconscients et absurdes (exhibition des organes génitaux).

Ajoutons enfin qu'on voit parfois ces sujets servir de complices inconscients à des malfaiteurs qui exploitent leur docilité enfantine et leur faiblesse intellectuelle : une femme fait allumer un incendie par son mari paralytique général (Mabille), une autre l'envoie voler au Bon Marché.

Ces divers actes délictueux ou criminels sont, répétons-le, la cause de condamnations souverainement injustes puisqu'elles frappent des malades. Ces malheureux restent confondus avec les délinquants vulgaires, jusqu'à ce que des manifestations délirantes bruyantes, survenant souvent quelques jours après le jugement, viennent révéler, aux moins compétents, l'erreur commise. On peut alors constater que le début réel de la paralysie générale est de beaucoup antérieur à l'acte délictueux (un an et davantage). L'affaiblissement intellectuel est souvent très accentué, le paralytique sait à peine dire le motif de son arrestation, ou il raconte avec indifférence

qu'il a volé, qu'il sort de prison, puis il parle d'autre chose. La cause d'erreurs aussi regrettables réside dans l'essence même de l'affection qui est, avant tout, un état d'affaiblissement psychique généralisé dans lequel manquent souvent des troubles délirants. Tel homme dont le passé est sans tache, franchit avec insouciance le seuil de la prison ; il avoue tout, il se laisse condamner sans protestation.

Capacité civile. — L'affaiblissement de l'intelligence et de la volonté met le paralytique à la merci du premier venu : dans la période prodromique à forme expansive, on voit le malade dissiper son avoir, faire des dettes de tous côtés, conclure des engagements, signer des contrats, des donations, rédiger des testaments, se faire extorquer des reçus, le tout au détriment de ses propres intérêts et de ceux de sa famille. Quelques-uns contractent des mariages scandaleux.

Dans le cours des rémissions, le sujet étant loin d'avoir récupéré ses facultés psychiques, il y a lieu, dans le plus grand nombre des cas, de considérer sa capacité comme très amoindrie et sa responsabilité comme nulle.

II. Applications thérapeutiques. — Ce que nous savons de la lésion anatomique de la para-

lysie générale explique le peu de succès de la thérapeutique. C'est seulement à la période de début, quand la lésion, encore peu avancée est susceptible de régresser, qu'on peut tenter, avec quelque chance de succès, d'en enrayer la marche. Il est regrettable que le médecin ne soit que rarement appelé à cette première phase : dans la majorité des cas, ce n'est qu'un an, et même davantage, après le début qu'il intervient.

Est-ce à dire qu'une fois le diagnostic établi, l'arrêt fatal qu'il comporte habituellement, rende inutile toute intervention médicale? Loin de là : la possibilité d'obtenir des rémissions plus ou moins longues, l'existence de cas exceptionnels de guérison, obligent le médecin à ne point se désintéresser du paralytique, comme d'un malade irrévocablement condamné. Il lui faut, en outre, dans tout le cours de l'affection et surtout au début et pendant les rémissions, veiller à l'observance rigoureuse des règles hygiéniques ; les excès de tout genre auxquels le sujet est porté peuvent activer l'évolution du processus anatomique, provoquer des délires surajoutés et s'opposer à la rétrocession des symptômes essentiels. Il doit enfin prévenir ou traiter les complications multiples qui peuvent apparaître quand l'affection progresse. En ac-

complissant cette tâche, le médecin sera utile au malade.

L'*isolement* constitue la première indication à remplir : il faut soustraire le paralytique à son milieu habituel et à toutes les causes d'excitation qu'il y trouve. Dans la majorité des cas, et surtout à la période d'état, l'*internement* est une mesure utile, qui sauvegarde l'intérêt même du patient, celui de la famille et celui de la société. Elle place ainsi le paralytique dans un milieu où rien ne vient stimuler son activité maladive, où les exigences d'une profession fatigante, les sujétions de la vie mondaine, les excès alcooliques et vénériens étant écartés, ne peuvent mettre obstacle aux rémissions possibles. On prévient encore ainsi les gaspillages effrénés de certains sujets qui plongent en quelques semaines leur famille dans la ruine, et les actes délictueux auxquels d'autres peuvent se livrer. Au cours des rémissions, le repos le plus complet est indispensable : c'est aller au-devant d'une rechute rapide, qui n'a que trop de tendance à se produire spontanément, que de permettre au paralytique de reprendre ses occupations habituelles.

Au point de vue du *traitement curatif*, le médecin est à peu près désarmé. Les *révulsifs*

employés dans le but d'enrayer le développement de la maladie (vésicatoires, pointes de feu, sétons, etc...) ne nous ont pas donné de résultats satisfaisants. L'*hydrothérapie* ne doit être appliquée qu'avec précautions : on proscrira les bains de mer, les douches, les bains trop chauds. L'*iodure de potassium* est recommandé par certains auteurs.

Il nous faut insister davantage sur le *traitement hygiénique et symptômatique*. L'*alimentation* doit être surveillée afin de prévenir les troubles digestifs résultant d'une ingestion trop considérable d'aliments insuffisamment mâchés. Le vin pur, les liqueurs, le café seront proscrits. On entretiendra la liberté du ventre par des lavements, des purgatifs (aloès, calomel).

A la dernière période, le paralytique exige des soins spéciaux. Le malade, habituellement glouton, sera rationné ; les aliments seront hachés : le patient, en effet, s'empresse de déglutir sans mastiquer, et meurt parfois asphyxié par la pénétration du bol alimentaire dans les voies aériennes. Plus tard, il faut faire manger le paralytique devenu incapable de s'alimenter lui-même. On s'assurera que la vessie se vide, que le malade n'urine pas par regorgement. Quand la faiblesse augmente et force le patient à garder

le lit d'une façon permanente, quand survient le gâtisme, on a recours à un *mode de couchage spécial* destiné à faciliter l'entretien d'une propreté rigoureuse. On peut faire coucher le malade sur une toile en caoutchouc à laquelle est adapté un tube central emmenant les liquides : pour les hommes, l'installation d'un urinal à demeure rend des services. On se sert aussi de tourbe, de paille et surtout d'alèzes que l'on remplace aussitôt qu'elles sont souillées. Les eschares peuvent être évitées grâce à des soins de propreté minutieux : on veille à empêcher le contact de l'urine et des matières avec le siège des malades ; on varie fréquemment la position de ces derniers dans leur lit pour empêcher une pression prolongée au niveau des mêmes points ; on les fait lever une heure par jour ; on se servira au besoin d'un coussin à air. Si, malgré ces précautions, la peau s'entame, on fera usage de solutions antiseptiques faibles (eau boriquée tiède, etc).

Certaines *complications* doivent être combattues. Une excitation maniaque légère sera respectée : on laissera le sujet satisfaire librement son besoin d'activité. Si l'*agitation* augmente, on se gardera bien de se servir de la camisole de force, contre l'usage de laquelle on ne saurait

trop s'élever en général, mais surtout quand il s'agit de paralytiques. Le malade, s'il déchire ses vêtements, sera revêtu d'un maillot formé d'une veste et d'un pantalon cousus ensemble et n'entravant en rien la liberté des mouvements ; la veste est ouverte en arrière et retenue par des boutons dont deux sont à vis. Si cela devient nécessaire, on mettra le sujet dans une chambre d'isolement sans lit : la paille, le varech, une couverture résistante constituent, dans ces cas, le meilleur mode de couchage. Les injections de morphine, les bains prolongés peuvent avoir des inconvénients. Dans le cours des épisodes maniaque aigus, on peut se servir du bromure de potassium (de 3 à 6 grammes), et exceptionnellement, en cas d'insomnie persistante, d'hydrate de chloral que l'on donne à la dose de 2 à 3 grammes dans la soirée, quelques heures après le bromure ; il y a contre-indication si le patient est atteint d'une lésion cardiaque.

Dans les *formes dépressives*, on veillera à ce que le paralytique s'alimente suffisamment : en cas de refus de nourriture, on arrivera souvent, en insistant, à triompher de la résistance du sujet, et à lui faire accepter les aliments qu'il avait d'abord refusés; si l'on échoue, on aura recours à la sonde œsophagienne.

BIBLIOGRAPHIE

—

BAYLE. — *Recherches sur l'arachnitis chronique.* Thèse, Paris, 1822.

— *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes.* Paris, 1826.

CALMEIL. — *De la paralysie considérée chez les aliénés.* Paris, 1826.

PARCHAPPE. — *Des altérations de l'encéphale dans l'aliénation mentale*, 1838.

— *Traité théorique et pratique de la folie*, 1841.

BAILLARGER. — *De l'inégalité des pupilles comme symptômes et comme signe précurseur de la paralysie générale*, 1850. In *Recherches sur les maladies mentales.* Paris, 1850.

ROKITANSKI. — *Lehrbuch der patholog. Anatomie.* Wien, 1850.

LASÈGUE. — *De la paralysie générale progressive.* Thèse agrég. 1853.

J. FALRET. — *Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales.* Thèse, Paris, 1853.

BAILLARGER. — *De la démence paralytique et de la manie avec délire ambitieux*, 1858 (in *Recherches*, *etc*).

L. MEYER.— *Die allgemeine progr. Paralysie einer chron. Meningitis.* Ann. der Charité, 1858.

CALMEIL. — *Traité des maladies inflammatoires du cerveau.* Paris, 1859.

BAILLARGER. — *Du délire hypocondriaque considéré comme symptôme et comme signe précurseur de la paralysie générale*, 1860.

— *De l'ataxie locomotrice dans ses rapports avec la paralysie générale*, 1861.

JOIRE. — *Note sur une lésion organique des centres nerveux, particulière à la paralysie générale.* Bulletin médical du Nord. Lille, 1862.

MAGNAN. — *Maladie de la moëlle terminée par paralysie générale.* Gaz. d. hôpit., janvier 1866.

MAGNAN. — *De la lésion anatomique de la paralysie générale.* Thèse, Paris, 1866.

WESTPHAL. — *Ueber Erkrankungen der Rückenmarks beider allgemeinen progressiven Paralyse der Irren.* Virchorw's Archiv., 1867.

MAGNAN. — *De l'étude anatomo-pathologique de la paralysie générale*, 1868. Recherches sur les centres nerveux, Ire série. Paris. Masson, 1876.

— *De la dégénérescence colloïde du cerveau dans la paralysie générale*, 1868 (in *Recherches*, etc.).

— *Des relations entre les lésions du cerveau et certaines lésions de la moelle et des nerfs dans la paralysie générale*, 1871 (in *Recherches*, etc.).

— *Des lésions des parois ventriculaires et des parties sous-jacentes dans la paralysie générale*, avec le Prof. Mierzejewsky, 1873 (in *Recherches*, etc.).

LUBIMOFF. — *Note sur le développement des vaisseaux de nouvelle formation dans la paralysie générale progressive.* Arch. physiol., 1874.

MIERZEJEWSKI. — *Les lésions cérébrales dans la para-*

lysie générale. Arch. de physiologie norm. et pathol., 1875.

MAGNAN. — *Note sur les attaques spinales épileptiformes ou convulsives et apoplectiformes avec élévation de température dans certains cas de paralysie générale.* Soc. de Biologie, 1876.

— *De la sclérose du nerf optique et des nerfs moteurs de l'œil dans la paralysie générale.* Arch. phys. norm. et pathol., 1877.

A. VOISIN. — *Traité de la paralysie générale des aliénés.* Paris, 1879.

MENDEL. — *Die progressive paralyse der Irren.* Berlin 1880.

TUCZEK. — *Beitrage zur pathologischen Anatomie und zur Pathologie der Dementia paralytica.* Berlin, 1884.

LWOFF. — *Etude sur les troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau*, 1890.

TARGOWLA. — *Essai sur les fibres nerveuses à myéline intra-corticales du cerveau dans la paralysie générale et dans la démence*, 1890.

F. RAYMOND. — *Syphilis et paralysie générale.* Bullet., méd., 13 avril 1872.

FOURNIER. — *Syphilis et paralysie générale.* Bullet. méd. 26 avril et 3 mai 1893.

MARILLIER. — *Du rôle de la pathologie mentale dans les recherches psychiques.* Revue philosophique, octobre 1893.

NAGEOTTE. — *Tabès et paralysie générale*, 1893.

TABLE DES MATIÈRES

—

ST-AMAND (CHER). IMPRIMERIE DESTENAY, BUSSIÈRE FRÈRES

Present in D. Paret & Prae.

DEBUT 16

1st. Psych symptoms.
General mental [illegible]
Prog. [illegible]

2nd. Phys. Symptoms.

1. 17 2.
Active Impair. Fatigue
of attention.

15
Sense of having no
ideas." Coll.
[illegible] [illegible]
troubles.

19. Fail to [illegible]
App [illegible]
on [illegible]

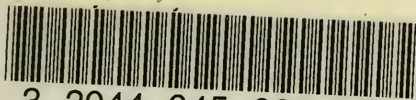
20 Indiff. There
is [illegible] in char
but it is slight in
D.P. in this stage.

23. [illegible]
loss of reflection,
Completed(?) indiff

Absent in D. Prae.

DEBUT

17 Troubles of memory
18 [illegible] (?)
20 Marked change
in char. [illegible]
[illegible]
24 Total modification
of psych individuality


3 2044 045 625 985

